Ontario Ministry of

Health

ANNUAL

REPORT 1990-1991

92-06212/

Ontario

The Honourable
Henry N. R. Jackman
Lieutenant-Governor
of the Province of Ontario

May it please Your Honour:

It is my privilege to present the 66th annual report of the Ministry of Health and the annual report of the Ontario Health Insurance Plan for the fiscal year 1990-1991.

The reports, which are published as one document, are required under the Ministry of Health Act and the Health Insurance Act respectively.

Respectfully submitted,

Frances Lankin
Minister

CONTENTS

A Shifting Focus 3
The Scenario for Long-Term Care 4
Rx: Dialysis 8
Hospitals in the Home 9
Quality Care for the Community 10
Permission to Proceed 12
Straight from the Heart 13
In Women's Health, It's Consult and Communicate 14
A Brighter Future 18
The Signing of the 10 Million 20
Meet a Psychiatric Survivor 21
A Skate to Remember 22
A New Era for Health Professionals 24
Financial Statements 26

Ministry of Health
Ontario

© Queen's Printer for Ontario, 1992
ISSN-0702-6684

A Shifting Focus

This annual report is a departure. In putting together a narrative of the highlights of the 1990-91 year, we wanted to create a report people would enjoy reading. Something that would leave a lasting impression of more than just programs and services. So we decided to provide a glimpse of the people who make them happen.

It is the people who work in the Ministry of Health and those who work throughout the province in hospitals and communities who make Ontario's health care system one of the finest in the world.

In the period of this annual report, for example, among other things people in the Ministry of Health:

- Embarked on the massive task of registering everyone in the province for a new Health Card
- Helped launch a new cardiovascular registry
- Changed the direction of and gave new community impetus to long-term care
- Brought closer to final legislation the regulations affecting 24 health professions.

One of the changes affecting the Ministry of Health in the period of this annual report was, of course, the change of government that took place in October 1990.

Early in 1991, Premier Bob Rae reiterated and strengthened the government's commitment to health. He gave his own health advisory body a new name — the Premier's Council on Health, Well-Being and Social Justice — as well as a deputy minister of its own.

The Premier's Council has set these health goals for Ontario:

- Shift the emphasis to health promotion and disease prevention
- Foster strong and supportive families and communities
- Ensure a safe, high-quality physical environment
- Increase the number of years of good health for Ontarians by reducing illness, disability and premature death
- Provide accessible, affordable, appropriate health services for all.

Aspects of these goals will be a part of everything the Ministry of Health does — but they will be farther-reaching, touching on the spirit behind every health-related decision we make in Ontario.

When it comes to our health, the health care system itself is but one element determining our well-being. The wealth of our society has a far greater effect — economically buoyant nations simply have healthier populations. Another important determinant of health is broad public policy — what we do as a society to ensure safe food, water, air and roads, for example. And a third — and very important one — is personal choice. A person's decision not to smoke, or drink to excess, or use drugs has a direct bearing on his or her health. Personal choice is an extremely important determinant of health in this era of AIDS.

Everyone in the province of Ontario is a stakeholder in our health care system. It is a system that is growing and evolving continuously. Preserving its affordability and ensuring the continuance of quality care will be a major challenge of the 1990s.

During the coming decade, we will see the focus shift throughout the system from inpatient to outpatient care, from hospital to home care — we will see communities with much greater involvement in health promotion and illness prevention.

As we meet the challenges of the 1990s, we will devote our energies to managing for quality and affordability within the health care system of Ontario.

Frances Lankin
Minister

Michael Decter
Deputy Minister

It will take dedication, consultation and plain hard work

THE SCENARIO FOR

As anyone who has been reading the newspapers knows, there appear to be as many reasons to revamp our long-term care system as there are people needing care in Ontario.

There's a young man immobilized from the neck down by a diving accident who needs an attendant to help him get dressed every morning. And such a service is unavailable in his small town.

There's a young mother desperately trying to balance the demands of her young family with the time needed to make many phone calls to find a nursing home for her aging parents.

And the baby boomers who will double the size of Ontario's over-65 population within the next 30 years have their own specific requirements.

Aside from these particular needs, there are also gaps in a number of basic, key services.

Everyone wants an easily accessible system of health care and support services — one that makes it simple to find out how and where we can get the full range of programs, services and facilities we need for ourselves and for our loved ones. Most of us want to stay in our homes and communities for as long as we possibly can.

The Ministry of Health has been carefully planning to meet these goals for several years, in close co-operation with the Ministry of Community and Social Services, the Ministry of Citizenship's Office for Seniors' Issues and Office for Disability Issues, and other ministries.

• COMMUNITY FOCUS •

In October 1990, the government put an important component of the new system in place: it opened 14 area offices across Ontario as part of its new Community Health and Support Services Division.

Instead of an array of programs funded and administered from Toronto by the Ministry of Health and through local offices by the Ministry of Community and Social Services, each new area office will fund and supervise all the long-term care and support services in its area.

The beauty of this new decentralized system is in its simplicity: staff in each area will be able to talk — and listen — to consumers, to local residents. Each office will then be able to fill in the gaps in the system for its

LONG-TERM CARE

region, tailoring programs, services and facilities to the area's particular needs.

In one of the most culturally diverse parts of the province, Lianne Carnwath, manager of the Toronto Community Support Services area office, held preliminary discussions with members of the city's multicultural community. "The professional homemaker is the person most intimately involved with their daily lives," she says. "People who will use a homemaker want that person to have language skills and cultural sensitivity."

Some people in Carnwath's area may require homemakers who speak Chinese; others may need their accustomed style of Italian food from the local Meals on Wheels programs.

• REGIONAL DIFFERENCES •

Communities outside the large centres face different challenges. Some isolated areas in the sprawling and mostly rural North Bay region, for instance, "have no Meals on Wheels or transportation programs at all," points out Michel Tremblay, manager of the North Bay office.

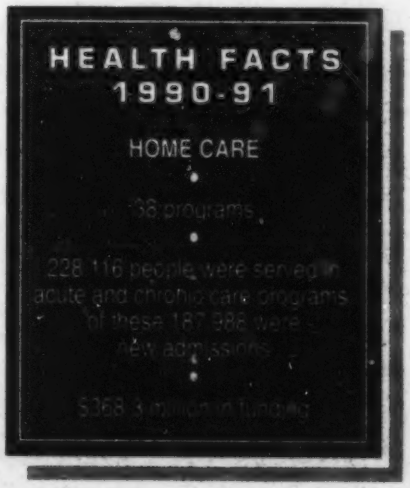
Furthermore, in a relatively unpopulated region like his, where each community might have only a few people who need the help of a social agency, there may not be enough demand to provide the full range of help, services and facilities.

A disabled farmer, for instance, may not be able to get an attendant to make the two-hour drive from a major centre to help him in his isolated farmhouse.

Some francophones have had to live their final years in institutions where few of the staff members speak French.

And an elderly woman may need homemakers who can speak her language, prepare familiar food, haul well water and chop wood.

"Once these kinds of programs can be arranged through the service co-ordination agency" says Tremblay, "we can allocate money among services to correct any inequities. And we can be



THE SCENARIO FOR

continued

creative in coming up with alternatives to help seniors and people with disabilities in every community."

• PEOPLE WANT OPTIONS •

The London area office encompasses five counties that contain large rural sections as well as the city of London. Gail Ure, area manager, talked to more than 5,000 people in meetings to find out what issues concerned them. "There was incredible consistency in what they told me," she says. "First of all, many people said that they needed emergency, crisis and relief help. They felt they could look after elderly and disabled people in their own communities, providing there was help available if the main caregiver became unavailable."

Based on what people said they needed, Ure was able to allocate existing funding to provide the local attendant care service — which offers assistance to disabled people — with a 24-hour crisis telephone service. That made emergency help available outside usual hours.

Ure also discovered that many of those she spoke to were interested in alternatives to long-term institutional care — not a surprising finding in a region that has a large number of seniors.

> *"There was incredible consistency in what they told me"*

"If people can't maintain their own homes yet do not need all the supports provided by facilities, they need another option," she points out.

Some communities could need more Meals on Wheels programs. Others could consider more homemaking services a priority. And still others may need necessary supports right in apartment buildings: common dining rooms, people to help with bathing and dressing, and an "on-call" system where pressing a button will bring emergency help.

"Over time, we'll have to find out what the priorities are for every community," says Ure. "Once we determine what the problems are, we can figure out how to solve them together with consumers, their families and friends and service providers."

LONG-TERM CARE

• THE BIG CHANGE •

All of which adds up to a "fundamental restructuring of the way we do business in long-term care," acknowledges Dianne Macfarlane, executive director of the Community Support Services Division. "We're very aware that lots of eyes will be watching us. But I think we have an opportunity to do something really important. This is on the cutting edge — the first initiative in Ontario that will integrate, and then co-ordinate, health and social service management and planning at the local level."

In addition to the 14 area offices, the Ministry of Health and its partners plan to work with communities to establish 38 to 42 service co-ordination agencies, operated by community boards. These agencies will offer people who need long-term care and support services a single point of contact to arrange the services they need.

Eventually, if you or a relative or friend need long-term care programs, services or facilities, you will only have to call one number for information or help. A staff member will assess what your needs are, then make the phone calls, co-ordinate the programs, and organize the services you need on a continuing basis. But that's still in the future.

It has taken time for the big pieces of the long-term care picture to start falling into place. That's hardly surprising, given that a comprehensive, complex renovation of the entire system — one that will give everyone in Ontario the right to enter the next century with dignity — is under way.

Getting it right the first time has been essential. As Geoff Quirt, director of the Residential Services Branch responsible for homes for the aged and nursing homes programs, says, "This is one of the most fundamental reforms ever undertaken in a provincial long-term care system. It incorporates some of the best thinking from around the world, and I really think our clients are going to benefit substantially."

New programs planned for kidney patients

Chronic kidney failure has taken its toll on Bernice Leno's health. It has also cost countless hours of her time.

The Pickering resident is one of about 5,000 Ontario residents suffering from end-stage renal disease. To get the dialysis treatment she needs, Leno has to drive 134 km to Mississauga and back three times each week. She takes the trip with her husband, sometimes battling six hours of traffic in stormy winter weather.

But soon Leno will be able to get treatment closer to home. The Ministry of Health has introduced a $23-million, three-phase program to improve and expand dialysis treatment across the province.

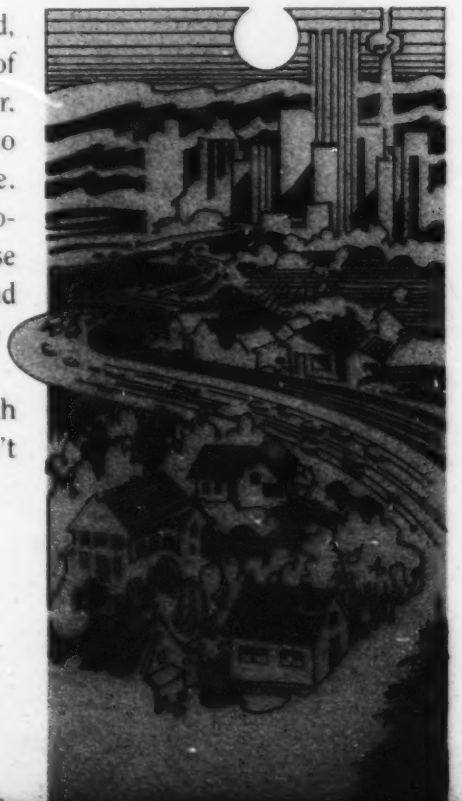
Almost 900 new patients each year need dialysis. There aren't enough kidneys available for transplants. And left untreated, kidney disease causes death.

So more and more Ontarians are depending on dialysis to stay alive. Some can treat themselves at home; many others require help at hospitals, help that often means long hours of travel. In addition, the treatment itself can take three to five hours, and many patients need dialysis three to five times a week.

The objective of the Ministry's expanded dialysis program is to bring treatment as close to home as possible for patients.

In phase one, new or expanded services were approved for Kenora, South Porcupine, Kitchener, Hamilton, Mississauga, Toronto, Oshawa and Kingston.

Rx: DIALYSIS



During 1990-91, phase two proposals were approved for new and expanded programs in Sioux Lookout, New Liskeard, Kapuskasing, Elliot Lake, Sudbury, London, Toronto, Orillia, Belleville and Ottawa. Proposals for the third phase will be evaluated in 1991-92.

So Leno and thousands like her will soon have dialysis services closer to their homes. Ontario's expanded services will bring the gifts of both life and time.

HOSPITALS IN THE HOME

Treatment where they live benefits patients and frees up facilities

Ontario's Hospital in the Home pilot program, begun in July 1990 with 10 million in funding, can only e described as good news for atients — and hospitals, too.

Patients who can and wish to e treated at home get to stay at ome. Hospitals that face crowd-ng get to free up beds for atients who need to be treated a hospital.

It's all part of the Ministry's ush to maintain a strong hospi-l base while providing more ccessible and appropriate com-unity-based services. It also as the potential to save health are dollars, while offering quali- care in the home.

Peel, Halton, North York, Hawkesbury and Clinton were selected to test various models for hospitals in the home. These pilot projects are sponsored by teaching and community hospitals, regional home care programs, and rural and urban communities with varying population growths.

For the first time in Ontario, doctors and nurses are providing a variety of services on a regular basis to patients right in their own homes. The services include shift nursing, doctors' house calls and 24-hour health care teams.

Patients who choose to participate also have access to physiotherapy, occupational therapy, dietetic and homemaking services, and to 24-hour emergency health care, all without setting foot outside their doors.

While hospitals will always be an important source of health care, the Hospital in the Home program may eventually become a workable alternative to an institutional setting for thousands of Ontarians.

It's health care that makes people feel right at home. ❧

Quality care for the community

Comprehensive Health Organizations get everyone involved

If Dave Murray has anything to say about it, a three-year $155,000 feasibility study in Fort Frances could change the whole focus of health care throughout Ontario.

Murray is project co-ordinator of a study looking at replacing Rainy River's conventional health care with a Comprehensive Health Organization (CHO).

The main advantage of a CHO is that it puts everyone — patients, health care professionals and facilities — on the same team. The usual patient-doctor relationship remains intact but, along with everyone else, both doctor and patient become part of one community-wide health care system under one corporate umbrella.

The Rainy River area's CHO, for instance, would be made up of all 20,000 people who live in Fort Frances, Emo and Rainy River, the 15 doctors who work out of the region's three clinics, the hospitals, and all the other health professionals, agencies and institutions in the community.

• HOW CHOs WORK •

The CHO gets funding from the Ministry based on the size of its membership. Its board, made up of consumer and provider representatives, decides what services the money will be spent on and how the providers of those services will be paid. If a patient needed a nutritionist, a nurse practitioner and several other services, these providers would be paid by the CHO.

Early intervention and preventive health care, including health promotion activities, are essential CHO components. And even if patients are referred to specialists or have to be hospitalized, their own doctors continue to monitor them.

Doctors in a CHO can offer improved patient care while still generating the same revenues for themselves. A doctor could choose to hire a nurse/practitioner to handle basic office visits, for example, which would free him or her to spend extra time on patients who really need it. "Doctors would have more influence on the total delivery of health services than they do now," says Murray. "They'd be able to monitor every aspect of their patients' care."

HEALTH FACTS 1990-91

EMERGENCY SERVICES

177 land ambulance operations answered more than one million calls

514,172 of the calls were emergencies
690,514 were patient transfers

10 aircraft transported 4,652 critically ill or injured patients via five air ambulance bases

charter and scheduled aircraft transported 10,461 patients; they also transported 161 organ donor/transplant teams

$183.5 million in funding for land and air ambulance transportation and emergency planning

• THE BENEFITS •

Not insignificantly, a CHO should be more economical. Economies of scale should keep costs down, and the system should enable people to stay healthier longer. On top of that, explains Murray, "The CHO approach gives flexibility to allocation of funds in a community. The CHO can decide how it wants to move dollars around. It also reduces duplication of services."

Best of all, the members of a CHO — and that means patients as well as health care professionals — could concentrate their efforts on what's most important: keeping people healthy.

Now that his community's feasibility study is nearing completion, Murray expects it to enter the implementation stage in 1992. "A CHO in this region should correct one of the biggest problems of our health care system," he says. "The existing system is volume-driven. A CHO here should make our system quality-driven."

In fact, Murray is looking forward to seeing what happens with other pilot CHOs opening up all over Ontario. The Community Health Branch started funding feasibility studies three years ago.

"As are most Canadians, we are justifiably proud of our health care system," says John Marriott, CHO program manager. "Nonetheless, the increasing percentage of the provincial budget going into health started us looking at alternatives."

The CHO program has funded feasibility studies in Wawa, Toronto, Hamilton, Kingston, Orleans and Trenton, in addition to the one in Fort Frances. And Marriott is convinced that CHOs have the potential to provide the best, most cost-efficient health care for a community.

PERMISSION TO PROCEED...

When it comes to health care, people have the right to decide for themselves

Deciding for ourselves is the basis of Ontario's new consent to treatment legislation. Introduced in May 1990, the proposed legislation outlines the rights and responsibilities of consumers and providers of health care. Not only does it enshrine respect for the individual and individual choice, but it also provides consistency in the capacity for people across Ontario to accept or refuse a health service.

HEALTH FACTS 1990-91

PUBLIC HEALTH PROGRAMS

- 42 public health units serving the total population
- $168.2 million in funding

No existing legislation deals clearly and comprehensively with a person's right to consent to health services. While the Mental Health Act and Public Hospitals Act have some provisions for patients in hospitals, people receiving private home care were left out. In out-of-hospital settings, common-law rules apply that stem from court decisions that are neither easy to interpret nor readily accessible to the average person. The new legislation will replace these consent provisions as well as set forward provisions for incapable people.

Imagine yourself lying in a hospital bed, hearing that tomorrow you will undergo some treatment, the extent of which you do not understand, or which you prefer to reject in favor of another option. What are your rights?

Under the proposed legislation, you will have the right to be fully informed. You will have the right to accept or reject treatment. You will have the right to express in advance your wishes on health care. If mentally incapable, you can be assured that decisions made on your behalf will be responsible and respectful of your rights.

In emergency situations, the new legislation will provide exceptions to consent rules. However, a health practitioner who knows the person would not want a particular treatment is not permitted to give it.

People's capacity to consent to treatment will be assessed according to prescribed criteria, standards and procedures. A board will be set up to review findings of incapacity, appoint representatives for incapable people and give direction regarding instructions and wishes that may be unclear. Appeals of the board's decisions may be made to Ontario courts.

Quite simply, you decide.

HEALTH FACTS 1990-91

COMMUNITY MENTAL HEALTH

- 383 community-based programs; $122.6 million in funding
- 156 alcohol-drug dependency programs; $50.3 million in funding

STRAIGHT FROM THE HEART

ONTARIO'S CARDIOVASCULAR REGISTRY GETS ROLLING

The patient: "I had to wait six weeks for heart surgery. For a healthy person that time goes by quickly, but for me, it seemed like years. I felt like I was harboring a time bomb."

The doctor: "His condition, assessed as urgent, was not immediately life threatening, but certainly required prompt treatment. I was glad to be able to refer him to an excellent surgeon for whom the wait was minimal. I knew he had been slotted into the earliest available surgery for his condition anywhere in the province. The registry made all the difference."

"The registry" is Ontario's new cardiovascular registry and referral network, a formal system of giving patients consistent and equitable ranking according to need, lessening their wait for heart surgery.

In the past, there were no common definitions, terminology or objective criteria to rate patients' need. Surgeons kept their own lists according to their own criteria. And that could mean a patient in Kapuskasing waited longer for treatment than someone with a similar condition in Parry Sound.

Mix these varying waits with a heaping spoonful of media scrutiny, add the heart patients who were travelling to the United States for non-emergency surgery, and you have a recipe for public concern. In 1990, the Ministry of Health acted to allay that concern by improving the province's system for referring cardiovascular patients.

Uniform definitions have now been adopted by health care providers throughout the province. Patients are given a rating of 1 to 7 — 1 being the most urgent or emergent condition and 7 being less urgent or elective. Emergency patients receive surgery immediately, the same day. Urgent patients can expect surgery within two weeks and elective patients within weeks or months.

Data relating to patient need and surgeon availability are in a central clearing-house. Thus, physicians can refer their patients to surgeons with shorter waiting lists. And patients who are listed as critical can be leapfrogged over others.

Like an orderly queue in a bank where the first in line gets the first available teller, patients most in need have the most immediate access. It may seem cut-and-dried, but the results are remarkable. Waiting lists are down and elective surgery for adults is available faster.

In terms of sheer numbers, length of waiting lists and waiting time, the cardiovascular registry has made giant strides to improve health care service in the province.

The benefits extend beyond the immediate impact on service. The cardiovascular registry benefits Ontario's health care system as a whole by providing accurate data for scientific and administrative research studies. This information will help detect emerging issues and needs, and help guide cardiovascular health care planning for the province.

Even those who may never have to face cardiovascular surgery benefit from the registry. By efficiently managing resources for patients awaiting cardiac services, it puts Ontario's precious health care dollars to work more effectively. ❧

THE WOMEN'S HEALTH BUREAU FINDS IN WOMEN'S IT'S CONSULT

"It was as diverse a group of women as you could hope to get," says Shanthi Radcliffe, executive director of the London Intercommunity Health Centre. The centre, funded by the Ministry of Health, provides a range of health services, mainly to immigrants and refugees living in the London area.

Radcliffe, a native of Sri Lanka who came to Canada 20 years ago, is recalling a consultation that the centre hosted in January 1991. About 40 refugee and immigrant women and health service providers had been invited to meet several consultants on the Women's Health Bureau study of the health needs of immigrant, refugee and racial minority women.

"The women's experiences and backgrounds were extremely varied," said Radcliffe. "On the one hand, we had a participant who had received a degree in medicine in Latin America. On the other, we had several women who had never worked outside the home."

Yet despite the differences, Radcliffe notes that the guests were united in the message they delivered to the Women's Health Bureau representatives. "To a woman, they said there was a great need for a broader approach to the issue of health care for women refugees and immigrants," she says. "For instance, they stressed that many health problems faced by new Canadians were directly linked — indeed caused by — poor social and economic conditions and cultural barriers."

• BROADER APPROACH •

As the end of the 1990-91 fiscal year drew to a close, that "broader approach" was exactly what Catherine Brown, a senior consultant in the bureau, was expecting to see recommended in the final report on Immigrant, Refugee and Racial Minority Women and Health Care Needs. "By March 1991, we were at the stage of preparing a draft paper," she says. "It was a document that reflected discussions we'd had over a two-month period with some 250 people and organizations throughout the province. We found a recurring concern that we could not create an accessible health system for women of diverse cultures unless we also looked at such issues as the current methods of training health professionals, linguistic barriers and cultural variances."

MANY WAYS TO HELP ACROSS ONTARIO

HEALTH, AND COMMUNICATE

• HELPING MOMS AND BABIES •

The study is characterized by a process of collaboration and consultation and is typical of the many initiatives of the ever-busy Women's Health Bureau.

"Whether our work involves assessing regional care to mothers and newborns, helping to implement the profession of midwifery or compiling a report outlining the too-high rate of cesarean births, we encourage not only health practitioners but also consumers and communities to participate," says Martha Forestell, the bureau's director. "What's more, we try to make sure the views and concerns of these consumers and communities will be reflected in policy decisions."

Community participation was definitely a matter of high priority for the bureau during the 1990-91 fiscal period.

For instance, consultation was the order of the day for those staff members involved in the Maternal and Newborn Hospital Assessment (MNHA) review. A comprehensive study that collated information from 154 hospitals throughout Ontario, as well as from scores of community support groups and parents, MNHA was designed to provide a detailed picture of existing service levels. The final MNHA report is expected to serve as an information base helping to ensure that mothers and babies will have access to appropriate care wherever they live in the province.

Tom Hewitt is a member of the executive committee of the Hamilton-based McMaster Perinatal Association (McPERA), a self-help group for parents of premature infants. The father of two sons who were early arrivals, he is one among many parents who applaud the bureau for the open manner in which it conducted the MNHA project. "From my involvement, I know the hospital assessment team made a real effort to get input at a grassroots level."

In 1990, Hewitt made a presentation on behalf of McPERA at one of the six regional information sessions held by the assessment team. "It seemed to me they were interested both in documenting institutional services and in making people aware of the availability of, and great need for, community support and involvement in family health."

That observation is shared by Dr. Graham Chance, a London neonatologist who has done extensive research in the field of regionalized health care in Ontario. "This is a special study in that a very genuine and careful attempt has been made to examine health services for moms and infants in a community con-

THE WOMEN'S HEALTH BUREAU

continued

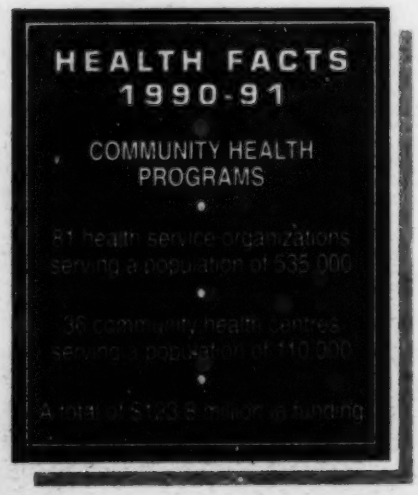
text," he says. "I've no doubt its findings will prove invaluable both to providers and those in need of care."

• THE CESAREAN ISSUE •

Caroline Sufrin-Disler is also familiar with the bureau's desire to achieve a people-driven health system. She heads VBAC/AVAC Canada, a 10-year-old organization that promotes vaginal delivery for women who have previously given birth by cesarean section. She is also a font of knowledge on cesarean research. Sufrin-Disler was one of two consumers on the 12-person Cesarean Birth Planning Committee initiated by the bureau.

An interdisciplinary group that met over a 12-month period beginning in February 1990, the committee was formed to come up with a program to reduce the frequency of cesareans in the province. (Ontario has one of the highest rates in the world.)

"I give the bureau credit for including consumers in the process," says Sufrin-Disler, a mother of four. She delivered two children normally after undergoing two previous — and she says unnecessary — cesarean births. "I also applaud the atmosphere of collaboration within the committee. When we first met, there was a polarity between the medical people and consumer reps. However, by the second meeting, we were all working together."



• A NEW DAY FOR MIDWIVES •

Anne Rochon Ford is yet another consumer who appreciates the bureau's efforts to bring diverse parties together. She is a member of its Interim Regulatory Council on Midwifery, a group preparing the groundwork for the establishment of midwifery as a regulated profession. Rochon Ford devoted much of her time in 1990 to meeting with various experts and practitioners in the field, as well as listening to the concerns of native, Mennonite, immigrant and francophone women about how the new legislation will affect their traditional midwifery practices.

"The people at the bureau are highly sensitive to how women feel about the issue of midwifery," says Rochon Ford, who brings to the committee a background as a longtime midwifery advocate and her experience as a mother who opted to have her son, Patrick, born at home with the help of a midwife three years ago. "They have taken a leadership role in making midwifery a choice for women in Ontario, and encouraged comment from a broad range of people."

• OTHER ACTION •

Along with assisting in the creation of the Independent Health Facilities Act — legislation that was passed in April 1990 and resulted in funding being given to free-standing abortion clincs for the first time — the bureau organized a November conference in Toronto that year on access to abortion services. There, some 60 providers, professional associations and community groups called for even greater accessibility. Shortly after the conference, the bureau helped brief the Health Minister for a statement to be delivered to the Senate by her and the Minister Responsible for Women's Issues. It was a strong opposition to the federal government's attempt to place abortion back in the Criminal Code. Sixteen days later, the abortion bill was defeated in the Senate. The federal government announced it would not seek to reintroduce the legislation.

• BEST START •

The 1990-91 term also saw the beginning stages of a number of maternal and newborn care programs. As a result of an earlier report recommending that the Ministry develop a program to reduce the rate of low birth weight — a significant factor in infant

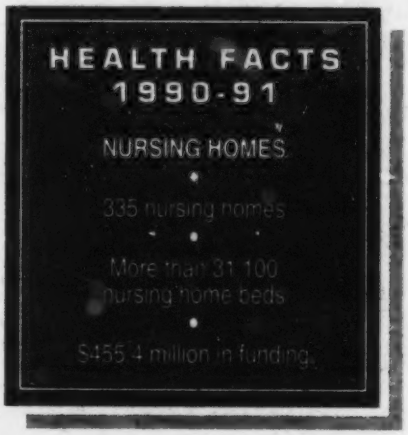
death — the bureau launched Best Start: Community Action for Healthy Babies. The program will receive $1.2 million in annual funding to develop two comprehensive community-wide pilot projects aimed at preventing low birth weights. A call for proposals from interested communities was made by the Ministry in January 1991.

As well, Nancy Shosenberg, the provincial maternal and newborn coordinator, notes there have been several initiatives on the growing phenomenon of early discharge of mothers and newborns from hospitals.

One is a program called Community Support for Early Discharge of Healthy Mothers and Infants. "After reviewing proposals made by 21 hospitals and agencies in the summer of 1990, the communities of Windsor/Leamington and Sudbury were chosen to receive funding for Early Discharge demonstration projects," says Shosenberg. "We expect that these projects will help define more specifically the needs of new mothers in a home setting and how to meet those needs."

It's an initiative that has won the approval of Dr. David Mowat, Kingston's medical officer of health. "For various reasons — including new funding structures — hospitals have begun to release mothers and babies much earlier," says Mowat. "And while that's all right in itself, many physicians are concerned that women and infants are not getting appropriate postpartum care. We're particularly concerned that new mothers won't get the guidance and support they need when they begin to breast feed. So a Ministry program like Early Discharge — which encourages community involvement in post partum home care — is potentially of great value."

Beyond the concerns of moms and tots, the bureau also has projects relating to other consumer groups. For instance, a project called Education Sexual Assault (ESA) got started with the help of a $124,000 grant.



Designed to examine the problems that sexually assaulted immigrant, refugee and visible minority women have getting appropriate help and treatment, ESA began a province-wide consultation program in August 1990.

"Although we know that the incidence of sexual abuse is high among immigrant women, we also know that most of them — because of such barriers to service as language or fear of being further shamed — will not turn to rape crisis centres or shelters," says Milagros Paredes, ESA project coordinator.

"Our job will be to help change this. In fact, by meeting with various providers and pointing out they have a responsibility to reach out to immigrant women and women from minority groups — in spite of the barriers — we are already beginning to see some improvements."

• POSITIVE EFFECTS •

In London, Shanthi Radcliffe is also confident that the January '91 visit of the bureau consultants will have positive results.

"I certainly got the sense that the folks from the bureau had no intention of writing a report about immigrant women that would then end up on someone's shelf," she says. "Rather, their purpose was to utilize the information they were gathering to improve life for women in the province. I commend them for that."

A BRIGHTER FUTURE

With the help of the Assistive Devices Program, there can be a positive outlook for many people

"It's quite amazing, really," says Craig Spurrell, a 26-year-old with extremely limited vision. He has chosen an apt phrase to sum up the recent changes in his life. Today, Spurrell is a mini-computer associate with Bell Canada in Toronto. He has money in his savings account, solid career prospects and is looking forward to becoming a first-time home buyer.

Three years ago, untrained and unskilled, Spurrell was unemployed and living on social assistance. "The outlook was bleak," he says.

• GETTING HELP •

A number of factors contributed to Spurrell's shift to independent status. Among them was an intense year-long computer course designed for adults with disabilities. This is offered at the Alternative Computer Training School affiliated with Ryerson Polytechnical Institute.

HEALTH FACTS 1990-91

ASSISTIVE DEVICES

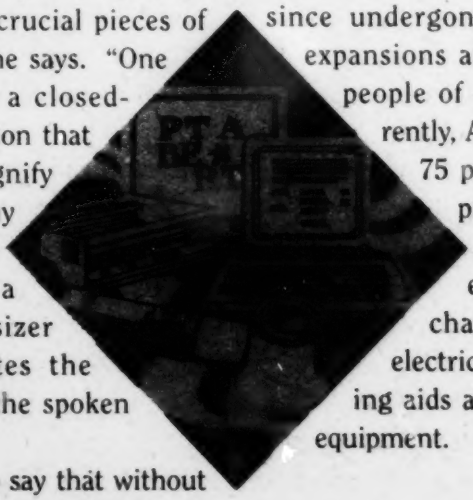
125,000 people assisted

38.4 million claims filed totalling $77.3 million

But as Spurrell points out, one other element greatly contributed to his current success — the Ministry of Health's Assistive Devices Program.

"During the time I was at school, ADP helped me purchase a number of crucial pieces of equipment," he says. "One of these was a closed-circuit television that I used to magnify pages from my textbooks; another was a voice synthesizer that translates the written into the spoken word.

"It's fair to say that without these devices I would not have made it through school. Definitely, I would not have the job I have today."



• WHAT ADP CAN DO •

Spurrell's story is not unique. Each year, tens of thousands of Ontario residents with long-term disabilities are able to live more fulfilling and independent lives because of the financial assistance provided by ADP. For instance, in the 1990-91 fiscal year, the program spent $77.3 million to help more than 125,000 people buy various devices and pieces of equipment.

Established in 1982 to meet the needs of young people with disabilities, the program has since undergone a series of expansions and now helps people of all ages. Currently, ADP pays up to 75 per cent of the price of goods ranging from electric wheelchairs and myoelectric limbs to hearing aids and respiratory equipment.

• A MILESTONE •

The 1990-91 fiscal year marked another milestone in ADP's commitment. It was then that the program began to provide funding to older Ontarians for the purchase of low-technology visual aids as well as custom-made braces and splints.

"This is a big step forward," says Joyce Pierdon, a senior consultant in charge of prosthetics and orthotics at ADP. "It means, for instance, that many more people can now get equipment like monoculars — devices that let those with poor vision read books or street signs. As well, it means that people who became disabled after contracting polio can get help to purchase a back or leg brace."

Craig Spurrell, for one, has a intimate knowledge of the difference such equipment can make.

"When you use a device or technology to either accommodate or overcome your disability, it means that you can begin, for the first time, to function — and maybe even succeed — in the able-bodied world.

"It's great to feel that you're just like everyone else." ❧

THE SIGNING OF THE 10 MILLION

How Ontario got out the new Health Card

The task of enrolling almost 10 million people for anything is a daunting prospect. When it's in the interests of their health and well-being, the stakes are particularly high.

Not surprisingly, the Ministry of Health's job of replacing old OHIP numbers with new personal Health Cards was a long, delicate process with more than a few hurdles. Consider the problem of just getting the word out to all Ontarians — some almost completely isolated by geography, language or social circumstance.

The process began in April 1990 with public information advertisements, a 1-800 hotline, mass mailing of application forms, display kits in doctors' offices and hospitals and, finally, outreach programs. In all, more than 900 people worked on registration tasks during the peak period.

Meanwhile, behind the scenes, another enormous task was proceeding — that of revising and augmenting information systems throughout Ontario. Not only did the internal system at the Ministry require changing, but 25,000 health care providers also received help in making computer system conversions to accommodate the specifications of the Health Card.

All this and maintain business as usual? It was a tall order. Throughout the process, Ministry staff processed and paid an average of 9.3 million claims a month to Ontario providers and 10,000 out-of-province. They also handled more than 3.5 million inquiries in that fiscal year.

By January 1, 1991, health care providers could submit claims using old or new procedures. By that date, too, almost all of the Health Cards had been mailed out. For seniors, the red, gold and white plastic card was a Health 65 Card.

With the advent of the Health Card comes a database of accurate information about how people are treated in the system. This will be used to detect emerging needs and to develop health care policy and programs in a fiscally responsible manner.

Most important, the new card assures confidentiality for those seeking health care. Unlike OHIP days, each member of a family now has his or her own card. ❧

MEET A PSYCHIATRIC S·U·R·V·I·V·O·R

An advocate who has been there helps others

The humiliation of the moment when he became an advocate for psychiatric survivors is still vivid in the mind of 42-year-old David Lloyd-Pierce, a policy analyst with the Ministry of Health's Community Mental Health Branch since May 1990.

On a spring night in 1988, Lloyd-Pierce was having a heated verbal disagreement with his wife. She called the police. Lloyd-Pierce was handcuffed, even though he did not in any manner resist the officer's direction, and was led away to a psychiatric ward by six policemen. As he recalls, "I tried to have a rational discussion with the officers, but they wouldn't tell me what hospital they were taking me to, who I'd see, or what would be done to me. I learned that a history of hospitalization — and I'd been hospitalized previously for emotional problems — is enough for the powers-that-be to determine you're a danger to society."

That was Lloyd-Pierce's "Aha!" moment, he says now. He became an advocate — someone who would prick society's conscience on behalf of all the other psychiatric survivors. "I wanted to help government make sound, humane mental health policy through the '90s and the next century," he says. "I wanted to provide psychiatric survivors with higher recognition on boards and committees as well as authentic jobs, beyond the old-fashioned sheltered workshops. And I wanted to help them get better services, adequate housing, and medical care and nutrition."

After co-founding a self-help group, Toronto Psychiatric Survivors, he became one of three survivors appointed to the Legislation Subcommittee that resulted from the Graham Report, *Building Community Support for People: A Plan for Mental Health in Ontario.* The subcommittee toured the province in the summer of 1990 to find out what people wanted to include in community mental health legislation and policies.

Since then, Lloyd-Pierce has been particularly proud of his role in helping develop his branch's Consumer Survival Development Initiative — $3.1 million in affirmative action projects for psychiatric survivors that are part of the government's anti-recession employment program.

"When I first came to this branch, as the first psychiatric survivor to be employed here full-time," he says, "I carried with me the burden of feeling that if I messed up, I'd mess up on behalf of all the survivors in the province. But I realized eventually that it was enough to just be here, on behalf of all the other survivors who can't be."

Bev Lever, director of the Community Mental Health Branch, certainly agrees. In fact, she thinks it's essential to have people who've had experiences in the mental health system on her team.

"Working with David has been a great partnership opportunity for our branch," she says. "It's essential to get input from him and other psychiatric survivors if we're going to develop effective mental health services and policies in Ontario."

A Skate To

Heart Health Action in Brant County and Haldimand-Norfolk

On February 17, 1991, hundreds of people on Six Nations reserve had a rather unorthodox celebration.

HEALTH FACTS 1990-91

LABORATORY SERVICES

•

One central laboratory and 12 regional labs

•

More than 2.2 million procedures done on more than 2.6 million specimens

•

More than 43 inspections by the Laboratory Inspection Service

•

Sub-contracts to private labs

After a horse-drawn sleigh collected people from here and there in the community, some 200 health enthusiasts donned their skates and spent an hour on the ice of the Ohsweken arena.

They drank free apple cider, ate donated fruit, low-fat cheese and crackers, and crunched specially baked low-fat cookies provided by the local bakery.

The youngster in everyone responded to a clown. There was a draw for a T-shirt, sweats, and children's toys. And although the reserve is in the heart of Ontario's tobacco belt, no one complained that the rink had been declared a non-smoking area.

• HEART KICK-OFF •

This community skating party, and others like it in eight other arenas in Brant County and the Region of Haldimand-Norfolk, kicked off the Ministry of Health's Heart Health Action program in the area.

The five-year, $6-million pilot study, initiated through the Health Promotion Branch, should provide real community evidence that people can reduce their risk of heart

Remember

disease by making healthful lifestyle choices.

Brant/Haldimand-Norfolk is among five Ontario communities now developing their own programs and strategies to encourage residents of all ages to avoid the major risk factors for heart disease — smoking and second-hand smoke, poor nutrition, and lack of physical activity.

Nancy Dubois, the Brant/Haldimand-Norfolk project co-ordinator for the Heart Health Action program since May 1990, points out that a community skating party in the part of the province where Wayne Gretzky was born is a natural way to create excitement about an active lifestyle.

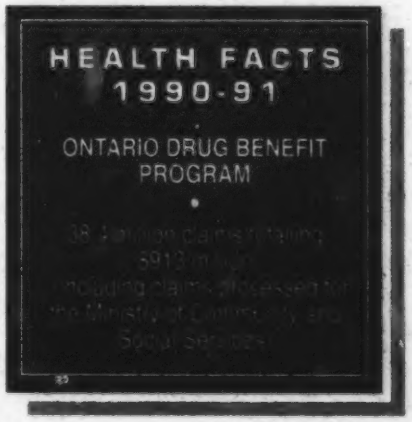
• 2,700 CAME TO SKATE •

After a promotional campaign that included 1,000 posters, 10,000 flyers and newspaper and radio ads, a total of more than 2,700 people attended the skating parties.

As well as being crowd-pleasers, the projects forged an important link between volunteer groups and the Heart Health Action program. Each event was pulled together by its own local organizing committee. These included the Paris District High School athletic association, the Lioness's Club in Langton, and the Cardiac Rehabilitation Exercise Group in Simcoe.

"We provided them with a set of guidelines, but they made sure that the event would be promoted in the appropriate way for each place," says Dubois. "Some provided a demonstration by the local figure-skating club, for instance. And most had local dignitaries to welcome everyone."

All of which should make these skating parties, and the many other Heart Health events that will follow, real life-savers. ❧

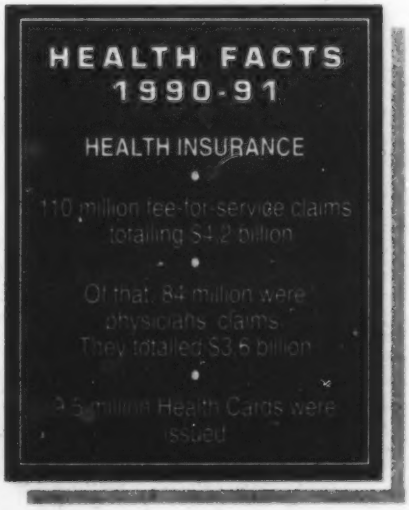


A NEW ERA HEALTH PRO

YEARS OF DEDICATED WORK BY MANY PEOPLE WILL CULMINATE IN THE REGULATED HEALTH PROFESSIONS ACT

Laura Dempster's excitement is evident. Dempster, a dental hygienist who teaches at the University of Toronto's Faculty of Dentistry, is past president of the Ontario Dental Hygienists' Association. She has just been chronicling an eight-year odyssey that marks the coming of age of the profession of dental hygiene in Ontario.

"We have gone," she says, "from being subordinate adjuncts to becoming an officially recognized and respected group of health care providers."



Just how this transformation has come about has everything to do with the Regulated Health Professions Act (RHPA) that, at the end of the 1990-91 fiscal year, was on the eve of being presented to the Legislature.

• WHAT IS THE RHPA? •

A comprehensive piece of legislation, the RHPA will not only grant currently regulated professions greater autonomy and responsibility, it will also establish seven new regulated health professions in Ontario — including midwifery, audiology and dietetics. At the same time, it will provide consumers with greater protection, choice and accountability.

Although the product of collaborative efforts of hundreds of individuals and organizations representing government, health care providers and consumers, there's no question that the guiding — and seemingly indefatigable — light behind the creation of the RHPA is, and always has been, the Ministry of Health's Professional Relations Branch.

FOR

"The branch was originally established to serve as a liaison between the Ministry and health professions and consumers," says Alan Burrows, PRB's director who, like many other members of his staff, now takes 12-hour days in his stride. "Yet it's a fact that the Health Professions Legislation Review, which began in 1982, and the subsequent drafting of new legislation have virtually consumed us for a good many years."

• PROFESSIONAL RELATIONS •

Dempster is one among many thousands of health care workers in the province who can attest to the branch's commitment. "The Professional Relations Branch has always been there for us," she says. "They listened and asked questions and, most important, they made a spirit of co-operation possible."

According to Burrows, the approval of professionals goes a long way toward compensating PRB employees for long meetings and longer days. However, he notes that the greatest reward comes from an awareness that the new legislation will create a better system of health care in Ontario.

"Yes, it's important that we have new colleges and new regulations for providers," he says. "But it's equally, if not more, significant that we pave the way for a better and more open and efficient system — one that will benefit everyone."

HEALTH FACTS 1990-91

EXPENDITURE

Spending totalled more than $15 billion.

FESSIONALS

STATEMENT OF REVENUE & EXPENDITURE 1990/91

	EXPENDITURE		
Ministry Administration Program	Main Office	$	12,707,710
	Financial and Administrative Services		23,279,050
	Human Resources		6,468,488
	Communication Services		8,995,475
	Analysis, Research and Planning		36,045,664
	Legal Services		2,225,929
	Audit Services		2,051,167
	Information Systems		80,858,199
	Lt. Governor's Board of Review		1,413,248
	Total	$	**174,044,930**
Institutional Health Program	Program Administration		739,694
	Hospitals & Related Facilities		7,084,960,034
	Psychiatric Services		434,232,912
	Nursing Home Services		460,285,465
	Total	$	**7,980,218,105**
Health Benefits Program	Health Insurance & Benefits		4,756,725,412
	Drug Benefits		760,005,743
	Total	$	**5,516,731,155**
Community and Consumer Health Program	Program Administration		8,557,532
	Community Health Services		400,465,947
	Community Mental Health		286,430,112
	Public Health		230,366,951
	Laboratory Services		36,534,348
	Emergency Health Services		266,070,595
	Assistive Device Services		81,651,868
	District Health Councils		17,257,208
	Health Innovation Fund		7,135,085
	Total	$	**1,334,469,646**
	Total Expenditure	$	**15,005,463,836**
	REVENUE		
	Government of Canada Contributions	$	19,673,398
	Ontario Health Insurance Plan Premiums		3,812,495
	Loans to Public Hospitals		4,638,231
	Miscellaneous		53,495,593
	Total Revenue	$	**81,619,717**

HEALTH INSURANCE ACTIVITIES

April 1, 1990, to March 31, 1991

	CLAIMS PAYMENT DISTRIBUTION		
		90/91	%
Service	Medical	$ 4,026,125,649	85.8
	Dental	7,488,475	0.2
	Optometric	80,214,124	1.7
	Chiropratic	83,252,148	1.8
	Osteopathic	170,165	-
	Chiropody	6,230,753	0.1
	Physiotherapy	33,054,148	0.7
	Fee-For-Service Sub-Total	**$ 4,236,535,462**	**90.3**
	Out-of-Province Hospital	255,442,970	5.4
	Special Payments	200,481,685	4.3
	Total Payments	**$ 4,692,460,117**	**100.00**

ONTARIO DRUG BENEFIT PROGRAM

April 1, 1990, to March 31, 1991

			90/91
Expenditure	Ministry of Health	$	754,790,396
	Ministry of Community and Social Services		157,963,688
	Total	**$**	**912,754,084**
Recipients Of Benefits	Senior Citizens (age 65+)		1,094,622 *
	Home Care Patients		22,598
	General Welfare Recipients		348,766
	Family Benefits Recipients		280,949
	Others		11,778
	Total		**1,758,713**
	Total Number Of Claims Paid		**38,371,885**
Payment Per Fee-For-Service Claim	Average Drug Cost	$	15.79
	Average Dispensing Fee		6.33
	Average Total Payment	**$**	**22.12**

*1,167,220 senior citizens are eligible for benefit coverage

Transplants

Work

Please sign a donor card or the organ donor's portion of your driver's licence. When you do sign, tell your family. It's important that they know, and respect, your wishes. If you need a donor card, call the Multiple Organ Retrieval and Exchange (MORE) Program of Ontario, toll-free 1-800-263-2833.

Print or type donor's name

In the hope that I may help others, I hereby make this anatomical gift, if medically acceptable, to be carried out when I die.

I would like to donate: ❑ any needed organ/tissues
❑ only the following organ/tissues

Specify the organ(s), tissue(s) _____

If for some reason, my organs/tissues cannot be used for transplants. I would be willing to donate my organs/tissues for research so that others could be helped in the future. ❑ yes ❑ no

Donor's signature

Next of kin (if under 18 years of age)

Ministère de la

Santé

de l'Ontario

RAPPORT ANNUEL

1990-1991

Ontario

Son Honneur
Henry N. R. Jackman
Lieutenant-gouverneur
de la province de l'Ontario

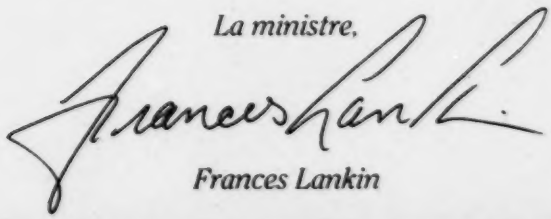
Votre Honneur,

J'ai le plaisir de vous présenter le 66e rapport annuel du ministère de la Santé et le rapport annuel du Régime d'assurance-santé de l'Ontario pour l'exercice 1990-1991.

Ces rapports, rassemblés en un seul document, sont publiés respectivement en application de la Loi sur le ministè de la Santé et de la Loi sur l'assurance-santé.

Veuillez agréer, Votre Honneur, l'expression de ma haute considération.

La ministre,



Frances Lankin

TABLE DES MATIÈRES

Une nouvelle orientation 3
Un plan d'action pour les soins de longue durée 4
Ordonnance: Dialyse 8
L'hôpital à domicile 9
Des soins de qualité pour la communauté 10
Autorisation d'aller de l'avant 12
Du fond du coeur 13
La santé des femmes, une affaire de consultation et de communication 14
Un avenir plus brillant 18
Le recensement de dix millions de personnes 20
Un ex-patient des services psychiatriques 21
Une séance de patinage mémorable 22
Une ère nouvelle pour les professionnels de la santé .. 24
États financiers 26

Ministère de la Santé
Ontario

Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1992
ISSN-0702-6684

Une nouvelle orientation

Ce rapport annuel-ci est une nouveauté. En choisissant la forme narrative pour relater les faits saillants de l'exercice 1990-1991, nous voulions produire un rapport que les gens prendraient plaisir à lire. Une lecture qui laisserait une impression durable et qui irait au-delà de la simple énumération de programmes et de services. C'est pourquoi nous avons décidé de rendre un bref hommage aux personnes grâce à qui le système de soins fonctionne.

Ce sont les membres du personnel du ministère de la Santé et les personnes qui travaillent dans les hôpitaux et les communautés de la province qui font du système de soins de santé de l'Ontario l'un des meilleurs au monde.

Pendant la période qui fait l'objet du présent rapport annuel, par exemple, le personnel du ministère de la Santé a, entre autres :

- entrepris la lourde tâche de recenser tous les Ontariens et les Ontariennes pour leur attribuer une nouvelle carte Santé;
- aidé à mettre en place un nouveau registre cardio-vasculaire;
- changé l'orientation des soins de longue durée, en conférant un rôle plus important aux communautés;
- accéléré l'adoption des règlements touchant 24 professions de la santé.

L'un des changements qui ont touché le ministère de la Santé au cours de la période couverte par le présent rapport annuel a naturellement été le changement de gouvernement qui s'est produit en octobre 1990.

Au début de 1991, le premier ministre Bob Rae a réitéré et renforcé l'engagement du gouvernement à l'égard de la santé. Il a rebaptisé son groupe consultatif en matière de santé — le Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale — et en a confié la responsabilité à un sous-ministre.

Le Conseil du premier ministre a établi les objectifs suivants pour l'Ontario :

- mettre l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies;
- favoriser des liens familiaux et communautaires solides et positifs;
- assurer un milieu physique sécuritaire et de grande qualité;
- permettre aux Ontariens et aux Ontariennes de jouir d'une bonne santé plus longtemps en réduisant l'incidence des maladies, des handicaps et des décès prématurés;
- fournir à tous des services de santé accessibles, abordables et appropriés.

Certains aspects de ces objectifs se reflèteront dans tous les projets du ministère de la Santé — mais leur portée sera encore plus grande : ils toucheront à l'esprit même de toute décision que l'Ontario prendra en matière de santé.

Quand il s'agit de notre santé, le système de soins de santé n'est qu'un des nombreux éléments qui déterminent notre bien-être. La richesse de notre société a un effet beaucoup plus grand — dans les pays qui jouissent d'une économie saine, la population est en meilleure santé. Un autre facteur de santé important consiste à se doter d'une vaste politique publique — qui régit ce que nous faisons en tant que société pour assurer la qualité des aliments, de l'eau et de l'air, ainsi que la sécurité des routes, par exemple. Et un troisième et très important élément est le choix personnel. La décision d'un individu de ne pas fumer, ni boire à l'excès, ni consommer de drogue a une répercussion immédiate sur sa santé. Le choix personnel est un facteur déterminant pour la santé en cette ère du sida.

Tous les Ontariens et toutes les Ontariennes ont un intérêt direct dans notre système de soins de santé. C'est un système en constante expansion et évolution. Le grand défi des années 90 consistera à maintenir des services abordables tout en préservant la qualité des soins.

Au cours de la prochaine décennie, nous assisterons à l'évolution du système : des soins en établissement vers les consultations externes et des soins hospitaliers vers les soins à domicile; nous verrons les communautés jouer un rôle prépondérant dans la promotion de la santé et la prévention des maladies.

Tout en relevant les défis des années 90, nous consacrerons nos énergies à des pratiques de gestion qui favorisent des soins de qualité et abordables au sein du système de soins de santé de l'Ontario.

La ministre,
Frances Lankin

Le sous-ministre,
Michael Decter

Il faudra beaucoup de dévouement, de consultation et de travail intensif

UN PLAN D'ACTION POUR LE

Il suffit de lire les journaux pour se rendre compte que nous avons autant de raisons de restructurer notre système de soins de santé de longue durée qu'il y a d'Ontariens et d'Ontariennes qui ont besoin de se faire soigner.

Il y a l'histoire de ce jeune homme, immobilisé de la tête aux pieds à la suite d'un accident de plongée, et qui a besoin qu'on l'aide à s'habiller tous les matins; mais ce genre de service n'est pas offert dans sa petite ville.

Il y a cette jeune mère de famille qui essaie désespérément de répondre aux exigences de ses jeunes enfants tout en trouvant le temps de faire les appels téléphoniques nécessaires pour trouver une maison de soins infirmiers pour ses parents âgés.

Et ceux de la génération de l'après-guerre qui feront doubler la population des plus de 65 ans au cours des 30 prochaines années ont aussi leurs besoins particuliers.

En plus de ces besoins individuels auxquels le système actuel ne répond pas, il manque un certain nombre d'importants services de base.

Nous voulons tous avoir un système de soins de santé facilement accessible — un système simple qui nous permette de savoir comment et où trouver la gamme complète de programmes, de services et d'installations dont nous avons besoin, lorsque nous en avons besoin, pour nous et pour ceux qui nous sont chers. Et, en général, nous voulons rester chez nous, dans notre communauté, aussi longtemps que nous le pouvons.

Le ministère de la Santé, en étroite collaboration avec le ministère des Services sociaux et communautaires, l'Office des affaires des personnes âgées, l'Office des personnes handicapées et d'autres ministères, planifie soigneusement depuis plusieurs années les objectifs qu'il compte atteindre.

UN SYSTÈME AU SERVICE DE LA COMMUNAUTÉ

En octobre 1990, le gouvernement a ajouté un élément important au nouveau système : il a ouvert 14 bureaux régionaux de par l'Ontario relevant de son nouveau secteur Services communautaires de soutien et de santé.

À la place des nombreux programmes financés et administrés depuis Toronto par le ministère de la Santé et par le ministère des Services sociaux et communautaires par l'entremise des bureaux de secteurs, chaque bureau régional financera et dirigera désormais tous les programmes de soins de longue durée et les services de soutien offerts dans sa région.

Le grand avantage de ce nouveau système décentralisé est sa simplicité : le personnel de chaque région pourra parler aux consommateurs, aux gens sur place, et les écouter. Chaque bureau pourra alors combler les lacunes du système dans sa région en mettant sur pied des programmes, des services et des installations adaptés aux besoins particuliers de la région.

S SOINS DE LONGUE DURÉE

M^me^ Lianne Carnwath, chef de service du bureau régional des Services communautaires de soutien de Toronto, l'une des régions de la province où l'on trouve la plus grande diversité culturelle, a entamé des discussions préliminaires avec les membres de la communauté multiculturelle de la ville. «L'aide familiale professionnelle est la personne la plus intimement liée à leur vie quotidienne, déclare-t-elle. Les gens qui utilisent les services d'une aide familiale veulent que cette personne parle leur langue et respecte leur culture.»

Certaines personnes habitant la région de M^me^ Carnwath ont peut-être besoin d'une aide familiale qui parle chinois; d'autres souhaitent peut-être que le programme de repas à domicile de leur région leur offre les plats italiens auxquels elles sont habituées.

• PARTICULARITÉS RÉGIONALES •

Les communautés situées hors des grands centres urbains ont d'autres défis à relever. Certains secteurs très isolés de la région très étendue et essentiellement rurale de North Bay, par exemple, «n'ont aucun programme de repas à domicile ou de transport», souligne M. Michel Tremblay, chef de service du bureau de North Bay.

Qui plus est, dans une région pratiquement inhabitée comme la sienne, où, dans chaque communauté, seules quelques personnes, peut-être, ont besoin de l'aide d'un organisme social, la demande ne justifie peut-être pas un éventail complet de services et d'installations.

Un fermier handicapé, par exemple, ne trouvera peut-être pas d'auxiliaire prêt à faire deux heures de route depuis un grand centre urbain pour venir l'aider dans sa ferme isolée.

Certains francophones ont dû finir leurs jours dans des établissements où peu de membres du personnel parlaient français.

Et une personne âgée habitant une réserve du Nord de l'Ontario peut avoir besoin des services d'aides familiales qui parlent sa langue, peuvent préparer des aliments auxquels elle est habituée, tirer de l'eau du puits et fendre son bois de chauffage.

«Une fois que ce genre de programmes seront accessibles par l'intermédiaire de l'organisme assurant la coordination des services, dit M. Tremblay, nous pourrons allouer des fonds aux services nécessaires pour redresser ces ini-

UN PLAN D'ACTION POUR LE

suite

quités. Et nous pourrons proposer des solutions de rechange originales pour aider les personnes âgées et les personnes handicapées de toutes les communautés.»

• LES GENS VEULENT POUVOIR CHOISIR •

Le bureau régional de London dessert cinq comtés qui regroupent de grands secteurs ruraux, ainsi que la ville de London. M^me^ Gail Ure, chef de service de ce bureau, a rencontré plus de 5 000 personnes au cours de réunions destinées à lui faire comprendre leurs préoccupations. «Les mêmes arguments revenaient régulièrement dans leurs observations, a-t-elle déclaré. D'abord, un grand nombre de mes interlocuteurs ont affirmé avoir besoin de services d'urgence, de services d'intervention en cas de crise et de services de relève. Ils estimaient pouvoir s'occuper des personnes âgées et des personnes handicapées dans leur propre communauté, pourvu qu'ils aient l'aide nécessaire si le principal fournisseur de soins ne pouvait plus fournir ses services.»

À la lumière des besoins dont la population lui a fait part, M^me^ Ure a réussi à allouer une partie des fonds actuels à la création d'un service d'auxiliaires local — qui offre l'aide nécessaire aux personnes handicapées — et d'un service téléphonique d'urgence fonctionnant jour et nuit. C'est grâce à cette initiative qu'un service d'urgence en dehors des heures normales de service a pu être mis sur pied.

«Les mêmes arguments revenaient régulièrement dans leurs observations, a-t-elle déclaré»

M^me^ Ure a également découvert que nombre des personnes consultées souhaitaient trouver des solutions de rechange aux soins de longue durée en établissement — ce qui n'est pas étonnant dans une région où il y a beaucoup de personnes âgées.

«Si les gens ne peuvent pas tenir leur maison mais que, d'un autre côté, ils n'ont pas besoin de tous les services fournis en établissement, il faut leur offrir une autre solution», fait-elle remarquer.

Certaines communautés auraient peut-être besoin de plus nombreux programmes de repas à domicile. Pour d'autres, l'instauration de plus nombreux services d'aides familiales serait peut-être une priorité. Et d'autres encore peuvent avoir besoin des programmes d'aide nécessaire offerts dans le bâtiment même où ils résident : des salles à manger communes, des auxiliaires pour les personnes qui ont besoin d'aide pour prendre un bain et s'habiller, et un service «de garde» qui permettrait d'appuyer sur un bouton en cas d'urgence.

«Avec le temps, il nous faudra déterminer les priorités de toutes les communautés, déclare Mme Ure. Une fois que nous aurons déterminé quels sont les problèmes, nous pourrons leur trouver une solution avec l'aide des consommateurs, de leurs parents et amis et des fournisseurs de services.»

SOINS DE LONGUE DURÉE

LE GRAND CHANGEMENT

Tout cela se résume en une «réorganisation fondamentale de notre façon d'aborder les soins de longue durée», reconnaît Mme Dianne Macfarlane, directrice générale de la Division des services communautaires de soutien. «Nous sommes très conscients du fait que de nombreux regards seront fixés sur nous. Je crois que nous avons là l'occasion d'accomplir quelque chose de vraiment important. Il s'agit d'une initiative fondamentale — la première démarche entreprise en Ontario pour intégrer, puis coordonner, la gestion et la planification des services de santé et des services sociaux à l'échelle locale.»

Outre les 14 bureaux régionaux, le ministère de la Santé et ses partenaires ont l'intention de collaborer avec les communautés pour mettre sur pied 38 à 42 organismes de coordination des services relevant de conseils communautaires. Ces organismes offriront aux personnes qui ont besoin de soins de longue durée et de services de soutien la possibilité de contacter un seul bureau qui prendra les dispositions nécessaires pour leur procurer les services dont elles ont besoin.

Le jour viendra où, si vous, un membre de votre famille, ou un ami avez besoin de programmes, de services ou d'un établissement de soins de longue durée, vous n'aurez qu'à composer un numéro pour obtenir les renseignements ou l'aide nécessaires. Un membre du personnel évaluera vos besoins, fera les appels nécessaires, coordonnera les programmes et organisera de façon continue les services dont vous avez besoin. Mais cela fait partie de nos projets d'avenir.

Il a fallu un certain temps pour arrêter les grandes lignes du système de soins de longue durée. Rien d'étonnant puisqu'il s'agit d'un remaniement total et complexe du système actuel, qui permettra à tous les Ontariens et à toutes les Ontariennes d'aborder le siècle prochain dans la dignité.

Il était primordial de réussir du premier coup. Comme dit M. Geoff Quirt, directeur des services en établissement chargé des programmes des foyers pour personnes âgées et des maisons de soins infirmiers : «Il s'agit de l'une des plus fondamentales réformes des soins de longue durée jamais entreprises par une province. Elle reprend certaines des idées les plus originales qui aient été formulées un peu partout dans le monde, et je crois vraiment qu'elles seront très bénéfiques pour notre clientèle.»

De nouveaux programmes pour les patients souffrant de troubles rénaux

Ordonnance : Dialyse

L'insuffisance rénale chronique de Mme Bernice Leno a ébranlé sa santé et lui a aussi fait perdre beaucoup de temps.

Cette résidente de Pickering fait partie des 5 000 Ontariens et Ontariennes souffrant d'insuffisance rénale terminale. Pour obtenir le traitement par dialyse dont elle a besoin, Mme Leno doit se rendre trois fois par semaine à Mississauga, à 134 km de chez elle. C'est son mari qui l'accompagne et l'hiver, lorsque le temps est mauvais et la circulation difficile, ce trajet leur prend parfois six heures.

Mais bientôt Mme Leno pourra suivre son traitement près de chez elle. Le ministère de la Santé a lancé un programme en trois phases, doté d'un budget de 23 millions de dollars, pour améliorer et élargir les traitements par dialyse offerts dans la province.

Chaque année, près de 900 nouveaux patients ont besoin de dialyse. Il n'y a pas assez de reins pour les greffes et, si on ne les soigne pas, les troubles rénaux entraînent la mort.

De plus en plus nombreux sont donc les Ontariens et les Ontariennes dont la vie dépend de la dialyse. Certains peuvent se soigner eux-mêmes à domicile; mais beaucoup d'autres doivent se faire traiter à l'hôpital, lequel se trouve souvent à des heures de route. En outre, le traitement lui-même peut prendre trois à cinq heures, et nombreux sont les patients qui ont besoin d'une dialyse trois à cinq fois par semaine.

En élargissant le programme de dialyse, le Ministère entend faciliter l'accès des patients à ce traitement.

Au cours de la première phase, des services ont été créés ou élargis à Kenora, South Porcupine, Kitchener, Hamilton, Mississauga, Toronto, Oshawa et Kingston.

Les propositions concernant la deuxième phase du programme ont été approuvées l'an dernier, et des services seront créés ou élargis à Sioux Lookout, New Liskeard, Kapuskasing, Elliot Lake, Sudbury, London, Toronto, Orillia, Belleville et Ottawa. On étudiera cet automne les propositions concernant la troisième phase.

Mme Leno et des milliers d'autres patients comme elle pourront bientôt obtenir des services de dialyse près de chez eux. L'élargissement de ces services en Ontario sera un don de vie et de temps.

L'HÔPITAL À DOMICILE

Se faire soigner à domicile est bénéfique aux patients et libère les établissements de soins

L'hôpital à domicile, un programme pilote lancé en Ontario en juillet 1990 et doté d'un budget de 10 millions de dollars, est une bonne chose pour les patients et pour les hôpitaux.

Les patients qui souhaitent se faire soigner à domicile et dont l'état de santé le permet peuvent désormais rester chez eux. Les hôpitaux encombrés pourront ainsi libérer des lits pour les patients qui ont besoin d'être hospitalisés.

Ce programme s'inscrit dans la stratégie du gouvernement visant l'établissement d'un solide système de soins hospitaliers, allié à des services communautaires plus accessibles et mieux adaptés. Ce programme permettra également de faire des économies, tout en offrant des soins de qualité à domicile.

Peel, Halton, North York, Hawkesbury et Clinton ont été choisis pour mettre à l'essai diverses formules de l'hôpital à domicile. Ces projets pilotes sont commandités par des hôpitaux d'enseignement et des hôpitaux communautaires, des programmes régionaux de soins à domicile, ainsi que des communautés rurales et urbaines ayant un taux de population variable et où un large éventail de diagnostics a été posé.

Pour la première fois en Ontario, médecins et personnel infirmier offrent divers services (soins infirmiers par quart, visites de médecins à domicile, services d'équipes médicales offerts jour et nuit) de façon régulière et directement au domicile des patients.

Les patients qui choisissent de participer à ce programme peuvent également recevoir des services de physiothérapie, d'ergothérapie, de diététique et d'aide familiale, ainsi que des soins d'urgence accessibles jour et nuit, sans avoir à sortir de chez eux.

Bien que les hôpitaux continueront d'être une importante source de soins de santé, la formule de l'hôpital à domicile pourrait offrir, à des milliers d'Ontariens et d'Ontariennes, une solution avantageuse à l'hospitalisation.

Ce programme est une saine initiative qui permet aux gens de se soigner dans le confort de leur foyer.

Des soins de qualité pour la communauté

Si on lui demande son avis, le Dr Dave Murray croit qu'une étude de faisabilité triennale effectuée à Fort Frances, au coût de 155 000 $, pourrait changer radicalement l'orientation des soins de santé dans l'ensemble de l'Ontario.

M. Murray est le coordonnateur de projet affecté à une étude dont l'objet est d'examiner le remplacement des soins de santé traditionnels de Rainy River par une organisation de médecine globale (OMG).

Les organisations de médecine globale obtiennent la participation de tous

Le principal avantage d'une OMG est qu'elle met tout le monde — patients, professionnels de la santé et établissements de soins de santé — sur un pied d'égalité. L'habituel rapport patient-médecin demeure inchangé mais, comme les autres, le médecin et le patient deviennent partie intégrante d'un système de soins de santé communautaire relevant d'un organisme unique.

L'OMG de la région de Rainy River, par exemple, serait constituée des 20 000 personnes qui habitent Fort Frances, Emo et Rainy River, des 15 médecins qui travaillent dans les trois cliniques de la région, des hôpitaux, de tous les autres professionnels de la santé, ainsi que des organismes et établissements de soins de la communauté.

• COMMENT FONCTIONNE L'OMG •

L'OMG est financée par le Ministère en fonction du nombre de ses membres. Son conseil, composé de représentants des consommateurs et des fournisseurs, décide à quels services les fonds reçus seront consacrés et de quelle façon les fournisseurs de ces services seront payés. Si un patient avait besoin d'un nutritionniste, d'une infirmière-praticienne et de plusieurs autres services, ces fournisseurs seraient payés par l'OMG.

L'intervention précoce et les soins préventifs, notamment les activités de promotion de la santé, sont des composantes essentielles des OMG. Et même si les patients sont adressés à des spécialistes ou doivent être hospitalisés, c'est leur médecin qui continue de les suivre.

Les médecins d'une OMG peuvent offrir de meilleurs services aux patients tout en continuant de gagner le même revenu. Un médecin pourrait choisir d'embaucher une infirmière-praticienne pour s'occuper des consultations de routine, par exemple, ce qui lui permettrait de consacrer plus de temps aux patients et patientes qui en ont vraiment besoin. «Les médecins auraient plus d'influence sur la prestation globale des services de santé qu'à l'heure actuelle, dit le Dr Murray. Ils pourraient suivre tous les aspects des soins dispensés à leurs patients.»

• LES AVANTAGES •

Une OMG est censée être une solution plus économique, ce qui n'est pas à négliger. Les économies d'échelle devraient maintenir les prix à un bas niveau, et le système devrait permettre à la population de rester en bonne santé plus longtemps. «De plus, explique le Dr Murray, le système des OMG assouplit le mécanisme d'allocation de fonds dans la communauté. L'OMG peut, en effet, décider de la façon dont elle veut affecter ses fonds. Ce système limite également le double emploi des services.»

Mieux encore, les membres d'une OMG — et cela inclut les patients autant que les professionnels de la santé — pourraient concentrer leurs efforts sur ce qui importe le plus : préserver la santé de la population.

Maintenant que l'étude de faisabilité concernant sa communauté est près de se terminer, le Dr Murray s'attend à ce que la mise en oeuvre de ce projet commence en 1992. «L'installation d'une OMG dans cette région devrait corriger l'un des plus grands problèmes de notre système de soins de santé, dit-il. Le système actuel est axé sur le volume; l'installation d'une OMG dans notre région devrait l'orienter vers la qualité.»

En fait, le Dr Murray est impatient de voir ce qui se passera dans les autres OMG expérimentales qu'on est en train d'ouvrir partout en Ontario. La Direction de la santé communautaire a commencé à financer des études de faisabilité il y a trois ans. «Comme la plupart des Canadiens et des Canadiennes, nous avons raison d'être fiers de notre système de soins de santé, indique M. John Marriott, chef du programme des OMG. Toutefois, la part toujours plus grande du budget provincial qui est consacrée à la santé nous a incités à envisager des solutions de rechange.»

Le programme des OMG a financé des études de faisabilité à Wawa, Toronto, Hamilton, Kingston, Orleans et Trenton après celle de Fort Frances. Et M. Marriott est persuadé que la création d'OMG permettra de fournir des soins de santé meilleurs et plus rentables dans les communautés.

AUTORISATION D'ALLER DE L'AVANT...

S'il est souvent judicieux de suivre l'avis de vos proches, en matière de soins de santé, c'est à vous que la décision appartient.

Ce principe est la pierre angulaire de la nouvelle loi ontarienne sur le consentement au traitement. Présentée en mai dernier, cette loi décrit les droits et responsabilités des consommateurs et des fournisseurs de soins de santé. Elle prône le respect de l'individu et du choix individuel, et garantit à tous les Ontariens et toutes les Ontariennes le droit d'accepter ou de refuser un service médical.

Aucune loi actuelle n'aborde de façon claire et exhaustive le droit d'une personne de consentir à des services médicaux. Bien que la Loi sur la santé mentale et la Loi sur les hôpitaux publics contiennent quelques dispositions concernant les patients hospitalisés, rien n'est prévu pour les personnes qui reçoivent des soins à domicile. Hors de l'hôpital, les règles qui prévalent sont celles de la common-law appliquées à la suite de décisions du tribunal ni facilement compréhensibles, ni facilement accessibles pour le citoyen moyen. Les nouvelles mesures législatives remplaceront ces dispositions sur le consentement et comprendront des dispositions à l'intention des personnes incapables.

Imaginez la scène suivante : vous êtes dans votre lit d'hôpital et vous apprenez que le lendemain vous allez commencer un traitement dont vous ne comprenez pas la portée, ou que vous aimeriez refuser au profit d'un autre. Quels sont vos droits?

En vertu des mesures législatives proposées, vous aurez le droit d'être bien informé(e). Vous aurez le droit d'accepter ou de refuser le traitement. Vous aurez le droit d'exprimer à l'avance vos préférences en matière de soins. Si vous êtes mentalement incapable, vous aurez l'assurance que les décisions prises en votre nom seront responsables et respectueuses de vos droits.

En cas d'urgence, la nouvelle loi prévoira des exceptions aux règles sur le consentement. Cependant, un médecin n'aura pas le droit de dispenser un traitement dont il sait qu'il va contre la volonté du patient ou de la patiente.

La capacité d'une personne de consentir à un traitement sera évaluée en fonction de critères, de normes et de procédures établis. Un conseil sera mis sur pied pour étudier le diagnostic d'incapacité, nommer des représentants pour parler au nom des personnes incapables et faciliter l'interprétation des instructions et souhaits lorsqu'ils ne sont pas clairs. On pourra interjeter appel des décisions de ce conseil devant les tribunaux de l'Ontario.

En bref, c'est à vous que revient la décision finale.

DU FOND DU COEUR

LANCEMENT DU PROGRAMME ONTARIEN D'ARCHIVAGE DES INTERVENTIONS CARDIO-VASCULAIRES

Le patient : «J'ai dû attendre six semaines pour ma cardiochirurgie. Pour une personne en bonne santé, le temps passe vite, mais pour moi, ça m'a semblé des années. J'avais l'impression d'avoir une bombe à retardement dans la poitrine.»

Le docteur : «Son état, bien qu'évalué urgent, ne présentait pas une menace immédiate pour sa vie, mais nécessitait tout de même une intervention rapide. Heureusement, j'ai pu le recommander à un excellent chirurgien qui pouvait l'opérer dans des délais raisonnables. Je savais que son opération aurait lieu dès que possible dans le premier hôpital libre de la province et ce, grâce à l'archivage.»

Il s'agit du nouveau réseau de triage et d'archivage pour les interventions cardio-vasculaires, un système officiel et uniforme qui permet de classer équitablement les patients en fonction de leurs besoins, et d'abréger l'attente pour les cardiochirurgies.

Par le passé, on ne disposait d'aucune définition, terminologie, ni d'aucun critère objectif pour évaluer les besoins des patients. Les chirurgiens avaient leur propre liste établie selon leurs propres critères. C'est ainsi qu'un patient de Kapuskasing risquait de devoir attendre plus longtemps son opération qu'un patient de Parry Sound présentant les mêmes symptômes.

Ajoutez à cette inégalité devant l'attente une bonne dose d'attention médiatique, et aussi le fait que certains cardiaques se rendaient aux États-Unis pour y subir une chirurgie non urgente, et vous avez tous les ingrédients nécessaires pour susciter l'inquiétude du public. En 1990, le ministère de la Santé s'efforça d'atténuer cette inquiétude en améliorant le système provincial de recommandation des patients nécessitant une intervention cardio-vasculaire.

Des définitions uniformes ont désormais été adoptées par les fournisseurs de soins de santé de la province. Les patients reçoivent une cote de 1 à 7, 1 étant l'état le plus urgent ou pressant et 7 le moins urgent ou électif. Les patients dont l'état est jugé très urgent sont opérés immédiatement, le jour même. Les patients dont l'état est considéré comme urgent sont opérés dans les deux semaines et ceux qui ont besoin d'une chirurgie élective dans les semaines, voire les mois suivant leur évaluation.

Les renseignements concernant les besoins des patients et la disponibilité des chirurgiens sont réunis dans un centre d'échange des données. Les médecins peuvent ainsi recommander leurs patients aux chirurgiens dont la liste d'attente est la plus courte. Et les patients dont l'état est considéré comme critique peuvent être traités en priorité.

C'est le même principe qu'à la banque, la première personne de la file d'attente reçoit les services du premier préposé disponible, ici les patients dont l'état est le plus critique sont traités en priorité. Ce processus peut sembler inflexible, mais il donne des résultats remarquables. Les listes d'attente sont moins longues et les chirurgies électives pour adultes sont accessibles plus rapidement.

Statistiquement parlant (longueur des listes d'attente et délais d'attente), l'archivage des interventions cardio-vasculaires a considérablement amélioré les services de santé dans la province.

Les avantages de ce système dépassent les retombées immédiates du service. L'archivage des interventions cardio-vasculaires est bénéfique à l'ensemble du système de santé de l'Ontario, car il fournit des données précises utiles pour la recherche scientifique et administrative. Ces renseignements permettront de déceler les nouveaux problèmes et besoins, et faciliteront la planification des soins de santé cardio-vasculaire dans la province.

Cet archivage est aussi un avantage pour ceux qui n'auront peut-être jamais à subir d'intervention cardio-vasculaire, car il permet une gestion plus efficace, mais aussi plus économique, des ressources ontariennes destinées aux patients des services cardio-vasculaires. ❧

LA SANTÉ DES FEMMES : UNE AFFAIRE DE CULTURE ET DE

«Ce groupe de femmes était aussi diversifié qu'on pouvait l'espérer», affirme Mme Shanthi Radcliffe, directrice générale du London Intercommunity Health Centre. Le centre, financé par le ministère de la Santé, fournit une gamme de services de santé, principalement à la population immigrante et réfugiée de la région de London.

Mme Radcliffe, native du Sri Lanka et venue s'établir au Canada il y a 20 ans, se souvient d'une consultation que le centre avait organisée en janvier 1991. Environ 40 personnes regroupant des réfugiées, des immigrantes et des fournisseurs de services avaient été invitées à rencontrer plusieurs conseillers pour discuter de l'étude que le Bureau pour la santé des femmes avait menée sur les besoins en matière de santé des immigrantes, des réfugiées et des femmes appartenant à des minorités raciales.

«Les expériences et les antécédents de ces femmes étaient extrêmement variés, raconte Mme Radcliffe. D'une part, nous avions une participante qui avait obtenu un diplôme en médecine en Amérique Latine. D'autre part, nous avions plusieurs femmes sans formation qui n'avaient jamais travaillé en dehors de leur foyer.»

Mais en dépit de ces différences, Mme Radcliffe note que les invitées ont livré le même message au personnel du Bureau pour la santé des femmes. «Elles ont été unanimes à déclarer qu'il était important d'aborder de façon plus générale la question des soins de santé destinés aux réfugiées et aux immigrantes, dit-elle. Par exemple, elles ont fait remarquer que de nombreux problèmes de santé que connaissent les nouvelles Canadiennes étaient directement liés, en fait dus, à des conditions sociales et économiques lamentables et à des obstacles culturels.»

UNE APPROCHE PLUS GÉNÉRALE

Alors qu'on approchait de la fin de l'exercice 1990-1991, cette «approche plus générale» était précisément la recommandation que Mme Catherine Brown, conseillère principale du Bureau, s'attendait à voir dans le rapport final sur les besoins en soins de santé des immigrantes, des réfugiées et des femmes appartenant à des minorités raciales. «En mars 1991, nous en étions à la préparation d'une ébauche, dit-elle. Ce document découlait des discussions que nous avions eues au cours d'une période de deux mois avec quelque 250 personnes et organismes de l'ensemble de la province. Les mêmes problèmes revenaient sans cesse et nous en avons conclu qu'il serait impossible de créer un système de santé accessible aux femmes de cultures diverses sans examiner la question des méthodes actuelles de formation des professionnels de la santé, des obstacles linguistiques et des différences culturelles.»

L'étude illustre le processus de collaboration et de consultation représentatif des nombreux projets entrepris par le Bureau pour la santé des femmes, dont la tâche est sans cesse croissante.

La participation communautaire a certainement été une question prioritaire pour le Bureau au cours de l'exercice 1990-1991.

FEMMES, CONSULTATION COMMUNICATION

«Qu'il s'agisse d'évaluer les soins à la mère et au nouveau-né à l'échelle régionale, d'aider à instaurer la profession de sage-femme ou de compiler un rapport sur le nombre excessif de naissances par césarienne, nous encourageons non seulement la participation des praticiens de la santé, mais aussi celle des consommateurs et des communautés», déclare M^me^ Martha Forestell, directrice du Bureau. «Nous nous efforçons d'ailleurs de tenir compte de l'opinion et des préoccupations des consommateurs et des communautés dans nos décisions en matière de politiques.»

Par exemple, consultation était le mot d'ordre pour les membres du personnel participant à l'évaluation des soins à la mère et au nouveau-né offerts dans les hôpitaux. Réalisée sous forme d'étude approfondie permettant de recueillir des renseignements auprès de 154 hôpitaux de l'Ontario et d'une multitude de groupes de soutien communautaire et de parents, cette évaluation visait à se faire une idée précise des niveaux de services actuels.

Le rapport final de l'évaluation devrait servir de document informatif assurant aux mères et à leurs bébés l'accès à des soins appropriés, et ce, dans n'importe quelle région de la province.

M. Tom Hewitt est membre du comité exécutif de la McMaster Perinatal Association d'Hamilton (McPERA), groupe d'entraide pour parents d'enfants prématurés. Père de deux garçons nés avant terme, il fait partie des nombreux parents qui félicitent le Bureau d'avoir mené à bien ce projet d'évaluation de manière aussi ouverte. «Je peux dire d'expérience que l'équipe d'évaluation de l'hôpital a vraiment fait l'effort de se renseigner auprès des premiers concernés.»

En 1990, M. Hewitt a présenté un exposé au nom de la McPERA au cours de l'une des six séances d'information régionales organisées par l'équipe d'évaluation. «L'équipe m'a semblé intéressée à répertorier les services offerts en établissement et à sensibiliser les gens au fait qu'il existe des services de soutien et de

LE BUREAU POUR LA SANTÉ DES FEMMES

participation communautaires à la santé de la famille, et qu'il y a aussi un immense besoin dans ce domaine.»

C'est également ce qu'a noté le Dr Graham Chance, néonatologiste à London, qui a fait une recherche approfondie dans le domaine des soins de santé régionalisés en Ontario. «Cette étude est spéciale en ce sens que des efforts très sérieux ont été entrepris pour examiner les services de santé destinés aux mères et aux enfants dans un cadre communautaire, dit-il. Je n'ai aucun doute sur la valeur inestimable que les résultats de cette étude auront pour ceux qui fournissent les soins et ceux qui en ont besoin.»

• LES CÉSARIENNES •

Mme Caroline Sufrin-Disler sait également que le Bureau aspire à un système plus humain. Elle dirige VBAC/AVAC Canada, organisme mis sur pied il y a dix ans pour promouvoir l'accouchement par voie vaginale chez les femmes qui ont déjà subi une césarienne. Elle est également experte en recherche sur les césariennes. Mme Sufrin-Disler était l'un des deux consommateurs qui siégeaient au comité de planification des accouchements par césarienne, composé de 12 personnes et créé par le Bureau.

Le comité, groupe interdisciplinaire qui s'est réuni au cours d'une période de 12 mois et qui a tenu sa première réunion en février 1990, a été créé pour mettre sur pied un programme destiné à réduire la fréquence des césariennes dans la province. (L'Ontario a l'un des taux les plus élevés au monde.)

«C'est le Bureau qui a décidé de faire participer des consommateurs au processus», déclare Mme Sufrin-Disler, mère de quatre enfants. Elle a eu deux accouchements normaux après avoir, inutilement dit-elle, subi deux césariennes. «Je tiens à souligner l'atmosphère de collaboration qui règne au sein du comité. Lorsque nous nous sommes réunis pour la première fois, il y avait des divergences entre les représentants

du corps médical et les représentants des consommateurs. Mais lors de la deuxième réunion, nous travaillions déjà tous en équipe.»

• UN NOUVEAU JOUR POUR LES SAGES-FEMMES •

Mme Anne Rochon Ford fait, elle aussi, partie des consommateurs qui apprécient les efforts que le Bureau déploie pour unir les divers intéressés. Elle est membre du Conseil intérimaire de réglementation future de la profession de sage-femme, groupe qui prépare le terrain en vue de la réglementation de la profession. En 1990, Mme Rochon Ford a consacré le plus clair de son temps à des rencontres avec divers experts et praticiens s'intéressant à ce domaine, ainsi qu'à consulter des immigrantes et des femmes autochtones, mennonites et francophones pour savoir en quoi la nouvelle loi risquait d'affecter leurs pratiques traditionnelles en matière de services de sage-femme.

«Le personnel du Bureau est très sensible à l'opinion des femmes sur la pro-fession de sage-femme», dit Mme Rochon Ford, qui apporte au comité son engagement envers la reconnaissance de la profession de sage-femme et sa longue expérience de mère qui a choisi d'avoir son fils, Patrick, à la maison avec l'aide d'une sage-femme il y a trois ans. «Le Bureau a fait preuve de leadership en offrant aux Ontariennes la possibilité de recevoir les services d'une sage-femme et encouragé les commentaires d'un large éventail de personnes.»

• AUTRES PROJETS •

En plus d'aider à l'élaboration de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* — adoptée en avril 1990 et permettant pour la première fois le financement des cliniques d'avortement indépendantes — le Bureau a organisé cette année-là, en novembre, un congrès à Toronto sur l'accès aux services d'avortement. À cette occasion, quelque 60 fournisseurs de soins de santé, associations professionnelles et groupes communautaires ont demandé un accès encore plus libre à ces services. Peu après le congrès, le Bureau a aidé à préparer une allocution que la ministre de la Santé et la ministre déléguée à la Condition féminine allaient prononcer devant le Sénat, et dans laquelle elles

s'opposaient fermement aux tentatives du gouvernement fédéral pour réintégrer l'avortement dans le Code criminel comme délit. Seize jours plus tard, le projet de loi sur l'avortement était rejeté par le Sénat. Le gouvernement fédéral annonça qu'il ne chercherait pas à redéposer cette loi.

MEILLEUR DÉPART

Le mandat 1990-1991 a également vu le lancement d'un certain nombre de programmes destinés à la mère et au nouveau-né. À la suite d'un rapport recommandant que le Ministère élabore un programme permettant de réduire le taux d'insuffisance pondérale à la naissance — facteur déterminant dans les morts infantiles — le Bureau a lancé son programme Meilleur départ : Action communautaire pour la santé des bébés. Ce programme recevra 1,2 million de dollars d'aide financière annuelle pour mettre sur pied à l'échelle communautaire deux projets-pilotes complets destinés à prévenir l'insuffisance pondérale à la naissance. En janvier 1991, le Ministère a lancé un appel d'offres aux communautés intéressées.

Pour sa part, M^me^ Nancy Shosenberg, coordonnatrice provinciale des soins à la mère et au nouveau-né, note que le ministère de la Santé a lancé plusieurs projets relatifs au phénomène croissant de mise en congé accélérée des mères et des nouveau-nés dans les hôpitaux.

L'un de ces projets est le programme de soutien communautaire pour la mise en congé accélérée des mères et des nouveau-nés en bonne santé. «Après avoir étudié les propositions de 21 hôpitaux et organismes pendant l'été de 1990, les communautés de Windsor/Leamington et Sudbury ont été choisies pour recevoir une aide financière destinée à des projets-pilotes de mise en congé accélérée, affirme M^me^ Shosenberg. Nous pensons que ces projets nous aideront à mieux définir les besoins des nouvelles mères à la maison et à savoir comment répondre à ces besoins.»

C'est un projet qui a obtenu l'approbation du D^r^ David Mowat, médecin hygiéniste de Kingston. «Pour diverses raisons — notamment les nouvelles structures de financement — les hôpitaux ont commencé à laisser partir les mères et leurs bébés beaucoup plus tôt, indique le D^r^ Mowat. Et bien que cela constitue en soi une bonne initiative, de nombreux médecins craignent que les femmes et leurs bébés ne reçoivent pas les soins post-natals appropriés. Nous craignons particulièrement que les nouvelles mères ne reçoivent pas les conseils et le soutien dont elles ont besoin lorsqu'elles commencent à allaiter. C'est pourquoi un programme du Ministère tel que le programme de mise en congé accélérée — qui encourage la participation communautaire aux soins post-natals à domicile — peut s'avérer très utile.»

Outre ses préoccupations pour les mères et les nourrissons, le Bureau pour la santé des femmes a des projets qui concernent d'autres groupes de consommateurs. Par exemple, un projet de sensibilisation aux agressions sexuelles a été lancé grâce à une subvention de 124 000 $.

Conçu pour examiner les difficultés qu'éprouvent les immigrantes, les réfugiées et les femmes appartenant à des minorités visibles pour obtenir l'aide et le traitement dont elles ont besoin lorsqu'elles sont victimes d'agressions sexuelles, le projet de sensibilisation aux agressions sexuelles a lancé un programme de consultation provinciale en août 1990.

«Nous savons que le nombre d'agressions sexuelles est élevé chez les immigrantes, et aussi que la plupart d'entre elles — soit parce qu'elles ne parlent pas la langue, soit parce qu'elles ont peur d'être à nouveau humiliées — ne s'adressent pas aux centres ou refuges pour victimes de viol», déclare M^me^ Milagros Paredes, coordonnatrice du programme de sensibilisation aux agressions sexuelles.

«Nous avons le devoir de remédier à cette situation. En fait, nous avons commencé à rencontrer divers fournisseurs de soins de santé, et à leur rappeler que leur responsabilité est d'aider les immigrantes et les femmes appartenant à des groupes minoritaires — en dépit des obstacles — et nous pouvons déjà voir certaines améliorations.»

LES INSTITUTRICES

À London, M^me^ Shanthi Radcliffe est également persuadée que la visite des conseillères du Bureau, en janvier 1991, aura des résultats positifs.

«J'ai bien compris que les gens du Bureau n'avaient pas l'intention de rédiger un de ces rapports sur les immigrantes qu'on oublie sur une tablette, dit-elle. Leur but était plutôt d'utiliser les renseignements réunis pour améliorer la vie des femmes de cette province. Et je les en félicite.»

UN AVENIR PLUS BRILLANT

«C'est incroyable», dit Craig Spurrell, un homme de 26 ans qui a une vision extrêmement limitée. Il a choisi une expression appropriée pour résumer les changements survenus récemment dans sa vie. Aujourd'hui, M. Spurrell est adjoint-systèmes (spécialiste des mini-ordinateurs) chez Bell Canada à Toronto. Son compte d'épargne est créditeur, il a de solides perspectives de carrière, et il est impatient d'acheter sa première maison.

Il y a trois ans, alors qu'il n'avait aucune formation et aucune compétence, M. Spurrell était sans emploi et vivait de l'aide sociale. «Les choses ne se présentaient pas bien», dit-il.

Avec l'aide du Programme d'appareils et accessoires fonctionnels, les perspectives d'avenir s'annoncent bonnes pour beaucoup

OBTENIR DE L'AIDE

Un certain nombre de facteurs ont contribué à l'autonomie de M. Spurrell, par exemple, un cours d'informatique intensif d'un an conçu pour les adultes qui ont un handicap. Ce cours est offert à l'Alternative Computer Training School affiliée à l'Institut polytechnique Ryerson.

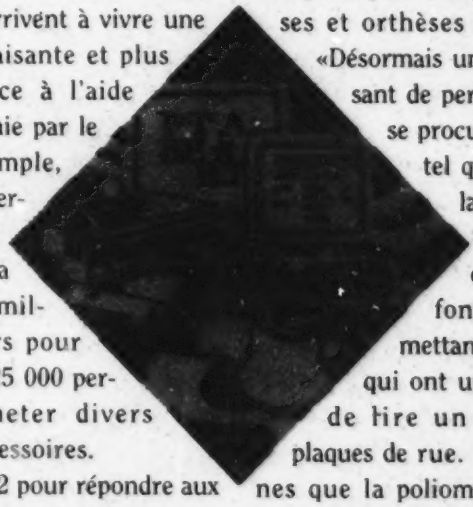
Mais, comme l'indique M. Spurrell, un autre élément a joué une grande part dans son succès actuel — le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels du ministère de la Santé.

«Pendant que je fréquentais cette école, le PAAF m'a aidé à acheter un certain nombre d'appareils essentiels, dit-il, entre autres : un appareil de télévision en circuit fermé que j'utilisais pour grossir les pages de mes manuels, et un synthétiseur de voix qui traduisait le texte écrit en texte parlé.»

«Je peux dire que, sans ces appareils, je n'aurais pas pu terminer mes études, et je n'aurais certainement pas l'emploi que j'ai aujourd'hui.»

QU'EST-CE QUE LE PAAF PEUT FAIRE

L'histoire de M. Spurrell n'est pas un cas unique. Chaque année, des dizaines de milliers d'Ontariens et d'Ontariennes qui ont des handicaps à long terme arrivent à vivre une vie plus satisfaisante et plus autonome grâce à l'aide financière fournie par le PAAF. Par exemple, au cours de l'exercice 1990-1991, le programme a dépensé 77,3 millions de dollars pour aider plus de 125 000 personnes à acheter divers appareils et accessoires.



Créé en 1982 pour répondre aux besoins des jeunes handicapés, ce programme a été élargi à plusieurs reprises depuis et s'adresse maintenant aux personnes de tout âge. À l'heure actuelle, le PAAF paie jusqu'à 75 pour 100 du prix d'articles tels que fauteuils roulants électriques, membres myoélectriques, prothèses auditives et matériel respiratoire.

L'ENGAGEMENT MAINTENU

L'exercice 1990-1991 a marqué un autre tournant dans l'engagement du PAAF de fournir aussi une aide financière aux personnes âgées pour l'achat d'aides visuelles non spécialisées et de prothèses et attelles faites sur mesure.

«C'est un énorme progrès», déclare Mme Joyce Pierdon, conseillère principale chargée des prothèses et orthèses pour le PAAF. «Désormais un nombre croissant de personnes peuvent se procurer du matériel tel que les monoculaires, par exemple, qui sont des accessoires fonctionnels permettant aux personnes qui ont une faible vision de lire un livre ou des plaques de rue. Et les personnes que la poliomyélite a laissées handicapées peuvent également obtenir de l'aide pour acheter une prothèse lombaire ou jambière.»

M. Craig Spurrell, pour sa part, connaît très bien la différence que ce genre de matériel peut faire.

«Quand on utilise un appareil ou accessoire ou une technologie quelconque pour pouvoir vivre avec un handicap ou le surmonter, on découvre pour la première fois qu'on peut fonctionner — et peut-être même réussir — dans un monde fait pour les personnes valides.

«C'est fantastique de sentir qu'on est comme tout le monde.»

LE RECENSEMENT DE DIX MILLIONS

Comment l'Ontario a distribué la nouvelle carte Santé

Le recensement de près de dix millions de personnes quelle qu'en soit la fin est une tâche décourageante. Lorsqu'il y va de leur santé et de leur bien-être, les enjeux sont particulièrement élevés.

Il n'est donc pas étonnant que le remplacement, par le ministère de la Santé, des anciennes cartes OHIP par les nouvelles cartes Santé individuelles se soit avéré un processus long et délicat, comportant de nombreux obstacles. Imaginez seulement la difficulté d'annoncer la nouvelle à toute la population de l'Ontario — dont une partie est presque entièrement isolée de par son emplacement géographique, sa langue ou pour des raisons d'ordre social.

Le processus a été entamé en avril 1990 : annonces publiques, ligne spéciale sans frais (1-800), expédition massive de formules de demande par la poste, étalages dans les cabinets de médecins et dans les hôpitaux, et sensibilisation du public. En tout, plus de 900 personnes ont travaillé à l'inscription durant la période de pointe.

Entretemps, dans les coulisses, un autre projet d'envergure se préparait — la révision et l'expansion des systèmes d'information dans l'ensemble de l'Ontario. Non seulement le système interne du Ministère devait être remplacé mais il a fallu aussi aider 25 000 fournisseurs de soins de santé à convertir leur système informatique pour l'adopter aux spécifications de la nouvelle carte Santé.

Continuer comme si de rien n'était malgré tout ce remue-ménage ne fut pas une mince affaire. Pendant ce processus, le personnel du Ministère a traité et payé en moyenne 9,3 millions de demandes de règlement par mois aux fournisseurs de l'Ontario, et réglé 10 000 demandes de règlement hors province. Le personnel a également répondu à plus de 3,5 millions de demandes de renseignements au cours de cet exercice.

Dès le 1er janvier 1991, les fournisseurs de soins de santé pouvaient présenter leurs demandes de règlement selon l'ancienne ou la nouvelle procédure. Dès cette date, d'ailleurs, presque toutes les cartes Santé avaient déjà été mises à la poste. Pour les personnes âgées, on a créé la carte plastifiée rouge, or et blanc qu'on appelle carte Santé 65.

La carte Santé s'accompagne d'une base de données exactes sur la façon dont les gens sont traités au sein du système. Cette base de données servira à identifier les nouveaux besoins et à élaborer une politique et des programmes de soins de santé qui restent dans des limites financières raisonnables.

Mais surtout, la nouvelle carte assure la confidentialité à ceux qui sollicitent des soins de santé. Contrairement à l'époque du régime OHIP, chaque membre de la famille a maintenant sa propre carte.

DE PERSONNES

UN EX-PATIENT DES SERVICES PSYCHIATRIQUES

Un défenseur des droits des malades mentaux fait profiter d'autres patients de son expérience

M. David Lloyd-Pierce, qui est analyste des politiques à la Direction des services communautaires de santé mentale du ministère de la Santé depuis mai 1990, garde encore vivace à l'esprit le sentiment d'humiliation qui l'a décidé à devenir défenseur des droits des ex-patients de services psychiatriques.

Une nuit de printemps de 1988, M. Lloyd-Pierce eut une discussion très vive avec sa femme, à la suite de laquelle elle appela la police. Un agent lui passa les menottes, même s'il n'opposait aucune résistance, et il fut conduit par six policiers dans un pavillon psychiatrique. Il se souvient avoir «essayé de discuter de façon rationnelle avec les agents, mais ils ne voulaient pas me dire dans quel hôpital ils m'emmenaient, qui j'y rencontrerais, ou ce qu'on m'y ferait. J'ai appris qu'il suffit d'avoir déjà été hospitalisé auparavant, ce qui m'était arrivé pour troubles émotionnels, pour que les autorités constituées vous considèrent comme une menace pour la société.»

Ce fut l'heure de vérité pour M. Lloyd-Pierce et il décida de défendre les droits des malades mentaux, et de sensibiliser la société au sort des autres ex-patients de services psychiatriques. «Je voulais aider le gouvernement à mettre en place des politiques sensées et humaines en matière de santé mentale pour les années 90 et le siècle prochain, dit-il. Je voulais que les conseils et comités se préoccupent davantage des ex-patients des services psychiatriques, qu'on remplace l'ancienne formule des ateliers protégés par de vrais emplois. Je voulais aider ces ex-patients à obtenir de meilleurs services, des soins, des services diététiques et des logements convenables.»

Co-fondateur d'un groupe d'entraide, le Toronto Psychiatric Survivors, M. David Lloyd-Pierce est devenu l'un des trois ex-patients de services psychiatriques siégeant au sous-comité des mesures législatives créé sur la recommandation du rapport Graham : «Renforcer le soutien communautaire à la population : planification de la santé mentale en Ontario». Le sous-comité a parcouru la province au cours de l'été 1990 pour savoir ce que les gens souhaitaient voir inclus dans les mesures législatives et les politiques afférentes aux services communautaires de santé mentale.

M. Lloyd-Pierce est particulièrement fier du rôle qu'il a joué dans le développement de l'Initiative d'élaboration de programmes pour les consommateurs et ex-consommateurs administrée par sa Direction. Cette initiative s'inscrit dans le cadre du Programme anti-récession du gouvernement de l'Ontario et est dotée d'un budget de 3,1 millions de dollars destiné à des projets d'action positive pour les ex-patients de services psychiatriques.

«Lorsque j'ai pris mes fonctions à la Direction, en tant que premier ex-patient de services psychiatriques à y être employé à temps plein, dit-il, j'étais hanté par l'idée que, si je n'étais pas à la hauteur de mes responsabilités, je ferais du tort à tous les ex-patients de la province. Mais, bientôt, j'ai compris que le fait que j'occupe ce poste était déjà en soi un grand pas d'accompli pour nous tous.»

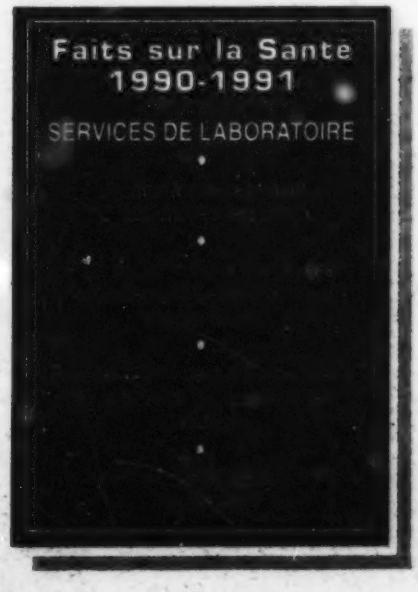
Mme Bev Lever, directrice des Services communautaires de santé mentale, est tout à fait d'accord. En fait, elle pense qu'il est essentiel de compter parmi les membres de son équipe des gens qui ont fait l'expérience du système de santé mentale. «Travailler avec David a été très instructif pour notre Direction, déclare-t-elle. Son opinion et celle des autres ex-patients des services psychiatriques nous sont extrêmement utiles pour mettre en place des services et politiques de santé mentale efficaces en Ontario.»

Une séance de pat

Activités de santé cardio-vasculaire dans le comté de Brant et dans la région d'Haldimand-Norfolk

Le 17 février 1991, des centaines de personnes habitant la réserve des Six-Nations ont organisé une fête très originale.

Un traîneau tiré par des chevaux est passé prendre des gens de tous les coins de la communauté, et quelque 200 adeptes de la santé ont ensuite chaussé leurs patins et passé une heure sur la patinoire de l'aréna Ohsweken.



On a bu du cidre de pomme, offert gracieusement, et mangé des fruits reçus en don, il y avait aussi du fromage et des craquelins pauvres en matières grasses, et des biscuits, également pauvres en matières grasses, que la pâtisserie locale avait confectionnés spécialement pour l'occasion.

Tout le monde a pris beaucoup de plaisir au spectacle du clown engagé pour l'occasion. On a procédé à un tirage où l'on pouvait gagner un T-shirt, des chandails et des jouets. Et bien que cette réserve soit située au coeur de la ceinture de tabac de l'Ontario, personne ne s'est plaint du fait qu'il était interdit de fumer sur la patinoire.

UN PETIT COUP DE COEUR

Cette fête de patinage communautaire et d'autres fêtes de ce genre organisées dans huit arénas du comté de Brant et de la région de Haldimand-Norfolk ont marqué le lancement du Programme de santé cardio-vasculaire du ministère de la Santé dans la région.

L'étude expérimentale quinquennale, dotée d'un budget de six millions de dollars et lancée par la Direction de la promotion de la santé, devrait prouver de manière concrète, à l'échelle de la communauté, que l'on peut réduire ses risques de maladies du coeur en choisissant des habitudes de vie saines.

Image mémorable

Brant/ Haldimand-Norfolk compte parmi cinq communautés ontariennes qui élaborent actuellement leurs propres programmes et stratégies afin d'encourager les personnes de tout âge à éviter les principaux facteurs de risques de maladies du coeur — le tabagisme et la fumée secondaire, la mauvaise nutrition, et le manque d'activité physique.

M^me^ Nancy Dubois, cooordonnatrice de projet chargée du Programme de santé cardio-vasculaire de Brant/ Haldimand-Norfolk depuis mai 1990, souligne qu'une fête de patinage communautaire dans la région natale de Wayne Gretzky est une façon naturelle de susciter un intérêt pour un mode de vie actif.

• 2 700 PERSONNES SONT VENUES PATINER •

Après une campagne publicitaire comprenant 1 000 affiches et 10 000 circulaires et annonces dans les journaux et à la radio, 2 700 personnes au total sont venues participer aux fêtes de patinage.

Ces projets ont non seulement amusé la foule, mais ils ont également forgé un lien important entre les groupes de bénévoles et le Programme de santé cardio-vasculaire. Chaque activité a été orga-nisée par le comité organisateur local du programme. Notons parmi ceux-ci l'association athlétique de l'École secondaire du district de Paris, le Lioness's Club de Langton, et le Cardiac Rehabilitation Exercise Group de Simcoe.

«Nous leur avons fourni un ensemble de directives, mais les communautés se sont occupées de promouvoir l'événement de la façon qui leur convenait le mieux, déclare M^me^ Dubois. Certaines ont organisé une démonstration faite par le club de patinage artistique local, par exemple. Et la plupart ont invité des personnalités locales pour accueillir les participants.»

Tout cela devrait permettre aux fêtes de patinage, et aux nombreuses autres activités du Programme de santé cardio-vasculaire à venir, de sauver des vies.

LES ANNÉES DE TRAVAIL ACHARNÉ DE NOMBREUSES PERSONNES TROUVENT LEUR CONSÉCRATION DANS LA LOI DE 1991 SUR LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ RÉGLEMENTÉES

UNE POUR LES

L'enthousiasme de M^me^ Laura Dempster est évident. M^me^ Dempster, hygiéniste dentaire et enseignante à la faculté de dentisterie de l'Université de Toronto, est l'ancienne présidente de l'Ontario Dental Hygienists' Association. Elle vient de terminer la relation d'une odyssée de huit ans qui marque la maturité de la profession d'hygiéniste dentaire en Ontario.

«Nous sommes passés du statut de subalternes à celui de groupe de fournisseurs de soins de santé officiellement reconnu et respecté», dit-elle.

Cette transformation a été rendue possible grâce à la Loi de 1991

sur les professions de la santé réglementées qui, à la fin de l'exercice 1990-1991, était à la veille d'être présentée à l'Assemblée législative.

• QU'EST-CE QUE LA LOI DE 1991 SUR LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ RÉGLEMENTÉES? •

Il s'agit d'un ensemble de mesures législatives détaillées qui conférera, d'une part, davantage d'autonomie et de responsabilités aux professions actuellement réglementées, et reconnaîtra, d'autre part, sept professions de la santé nouvellement réglementées, parmi lesquelles l'exercice de la profession de sage-femme, l'audiologie et la diététique. Par ailleurs, la Loi offrira aux consommateurs une meilleure protection et garantie de responsabilité et davantage de choix.

Bien que la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées soit le fruit des efforts conjoints de centaines de personnes et d'organisations représentant le gouvernement, les fournisseurs de soins de santé et les consommateurs, le véritable et, semble-t-il, infatigable artisan de cette loi est, depuis le début, la Direction des relations professionnelles du ministère de la Santé.

«La Direction a été créée pour faire le lien entre le Ministère et les professions de la santé et les consommateurs», déclare le directeur, M. Alan Burrows, qui, à l'instar de nombreux autres membres de son personnel, accomplit ses douze

heures quotidiennes de travail sans sourciller. «Il est indéniable que les travaux du Comité de révision des lois régissant les professions de la santé, lancé en 1982, et ensuite l'ébauche de la nouvelle loi, nous ont littéralement consumés pendant de nombreuses années.»

nelles, dit-elle. Ils ont écouté nos questions et y ont répondu et, surtout, ils ont su susciter un esprit de coopération.»

Selon M. Burrows, la reconnaissance des professionnels est très gratifiante pour les employés de la Direction des relations professionnelles qui n'ont pas ménagé leurs

ÈRE NOUVELLE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

• RELATIONS PROFESSIONNELLES •

M^me^ Dempster fait partie des milliers de professionnels de la santé de la province pouvant témoigner du dévouement de la Direction. «Nous avons toujours pu compter sur les membres du personnel de la Direction des relations professionnelles

efforts pendant de longues réunions et des journées plus longues. Mais leur plus grande récompense vient du sentiment que la nouvelle loi marquera l'avènement d'un meilleur système de soins de santé en Ontario.

«Il est important que soient créés de nouvelles associations professionnelles et de nouveaux règlements pour les professionnels de la

santé, ajoute-t-il. Mais il est tout aussi important, sinon plus important, que nous préparions le terrain pour un meilleur système de soins de santé, plus ouvert et plus efficace, un système qui soit avantageux pour tous.»

ÉTAT DES RECETTES ET DES DÉPENSES 1990-1991

DÉPENSES

Programme d'administration du ministère	Bureau principal	12 707 710 $
	Services administratifs et financiers	23 279 050
	Ressources humaines	6 468 488
	Services de communications	8 995 475
	Analyse, recherche et planification	36 045 664
	Services juridiques	2 225 929
	Services de vérification comptable	2 051 167
	Systèmes d'information	80 858 199
	Conseil de révision du lieutenant-gouverneur	1 413 248
	Total	**174 044 930 $**
Programme des soins en établissement	Administration du programme	739 694
	Hôpitaux et établissements connexes	7 084 960 034
	Services psychiatriques	434 232 912
	Services des maisons de soins infirmiers	460 285 465
	Total	**7 980 218 105**
Programme de prestations de soins de santé	Assurance-santé et prestations	4 756 725 412
	Médicaments gratuits	760 005 743
	Total	**5 516 731 155 $**
Programme des services de santé à la communauté et aux consommateurs	Administration du programme	8 557 532
	Services de santé communautaire	400 465 947
	Services communautaires de santé mentale	286 430 112
	Santé publique	230 366 951
	Services de laboratoire	36 534 348
	Services de santé d'urgence	266 070 595
	Appareils et accessoires fonctionnels	81 651 868
	Conseils régionaux de santé	17 257 208
	Fonds d'Innovation-Santé	7 135 085
	Total	**1 334 469 646 $**
	Total des dépenses	**15 005 463 836 $**

RECETTES

Contributions du gouvernement fédéral	19 673 398 $
Primes du Régime d'assurance-santé de l'Ontario	3 812 495
Prêts à des hôpitaux publics	4 638 231
Autres recettes	53 495 593
Total des recettes	**81 619 717 $**

ACTIVITÉS DE L'ASSURANCE-SANTÉ
DU 1ER AVRIL 1990 AU 31 MARS 1991

VENTILATION DU PAIEMENT DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

		1990-1991	%
TYPE DE SERVICE	Services médicaux	4 026 125 649 $	85,8
	Services dentaires	7 488 475	0,2
	Services d'optométrie	80 214 124	1,7
	Services de chiropractie	83 252 148	1,8
	Services d'ostéopathie	170 165	-
	Services de chiropodie	6 230 753	0,1
	Services de physiothérapie	33 054 148	0,7
	SOMMES PARTIELLES - HONORAIRES À L'ACTE	**4 236 535 462 $**	**90,3**
	Services hôspitaliers hors Ontario	255 442 970 $	5,4
	Paiements spéciaux	200 481 685	4,3
	TOTAL DES PAIEMENTS	**4 692 460 117 $**	**100,00**

PROGRAMME DE MÉDICAMENTS GRATUITS DE L'ONTARIO
DU 1ER AVRIL 1990 AU 31 MARS 1991

		1990-1991
DÉPENSES	Ministère de la Santé	754 790 396 $
	Ministère des Services sociaux et communautaires	157 963 688
	TOTAL	**912 754 084 $**
BÉNÉFICIAIRES	Personnes âgées (65 ans et plus)	1 094 622 *
	Personnes soignées à domicile	22 598
	Personnes touchant l'aide sociale générale	348 766
	Personnes touchant des prestations familiales	280 949
	Autres	11 778
	TOTAL	**1 758 713**
	NOMBRE TOTAL DE DEMANDES DE RÈGLEMENT HONORÉES	**38 371 885**
PAIEMENT PAR DEMANDE DE RÈGLEMENT (HONORAIRES À L'ACTE)	Coût moyen des médicaments	15,79 $
	Honoraires moyens (de pharmacie)	6,33
	PAIEMENT MOYEN TOTAL	**22,12 $**

*1 167 220 personnes âgées sont admissibles au Programme de médicaments gratuits.

Les greffes

sont utiles

Veuillez signer votre carte de donneur ou de donneuse ou la partie de votre permis de conduire concernant les dons d'organes. Lorsque vous signez, informez-en votre famille; il est important qu'elle soit au courant de vos intentions et respecte votre décision.

Écrivez le nom du donneur ou de la donneuse en lettres moulées ou à la machine

Dans l'espoir d'aider quelqu'un d'autre, je m'engage par la présente à faire, au moment de mon décès, le don anatomique suivant, s'il est médicalement acceptable.

J'aimerais donner : ❑ tous mes organes ou tissus utiles.
❑ seulement les organes ou tissus suivants :

Précisez le ou les organes ou tissus.

Si, pour une raison quelconque, mes organes ou tissus ne peuvent être utilisés aux fins de transplantation, je consens à en faire don aux fins de recherche pour que d'autres puissent en bénéficier à l'avenir. ❑ oui ❑ non

Signature du donneur ou de la donneuse

Signature d'un proche (si le donneur ou la donneuse a moins de 18 ans)

Si vous avez besoin d'une carte de donneur ou de donneuse, appelez sans frais le Programme de prélèvement et de greffe d'organes (MORE) de l'Ontario en composant le 1-800-263-2833.